

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



3411

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF

HENRI COLIN

Médecin en chef à l'Asile Clinique (Ste-Anne)



DOUZIÈME SÉRIE — TOME DEUXIÈME

QUATRE-VINGTIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6^e)

1922



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

*Le Centenaire de la Thèse de Bayle
(1822-1922)*

Les 30 et 31 mai ont vu célébrer le Centenaire de la Thèse de Bayle.

L'idée première de cette manifestation revient à M. le Dr George Robertson, médecin-directeur de l'Asile de Morningside et professeur des maladies mentales à l'Université d'Edimbourg.

Sur sa proposition, la « Medical Psychological Association of Great Britain and Ireland », qui tenait son assemblée annuelle à York, invita le Dr Colin qui y assistait à saisir la Société Médico-Psychologique d'un vœu l'assurant que tout ce qu'elle ferait dans ce sens « serait accueilli avec la plus chaude sympathie par les membres de l'Association anglaise ».

Cette invitation rentrait trop dans les traditions de la plus vieille Société française de psychiatrie

pour être oubliée, et ce serait mal connaître son Secrétaire général, M. le Dr Henri Colin, pour douter que tout ne serait pas tenté afin de donner à cette manifestation l'ampleur qu'elle comportait. M. le Dr Henri Colin se mit donc à l'œuvre et par ses soins les trois Sociétés de Médecine mentale s'unirent pour étudier le meilleur moyen de répondre à l'appel de la Medical Psychological Association. Tout d'abord on tomba d'accord pour fixer la date de la cérémonie à la fin mai, la séance solennelle de la Société Médico-Psychologique qui attire à Paris de nombreux aliénistes, devant se tenir le 29 mai.

Mais en quoi consisterait la cérémonie elle-même ? Allait-on procéder à quelque séance solennelle exceptionnelle où de beaux discours seraient lus... et oubliés ? — à des banquets pleins de chaleur communicative dans un des restaurants spécialisés pour les agapes de la science et de l'amitié ? Quoi encore ?

M. le Dr Henri Colin triompha de cette perplexité et apporta aux bureaux indécis des trois Sociétés parisiennes de Médecine mentale un projet décisif.

Deux journées consacrées à l'étude de la Paralyse générale, avant Bayle, par Bayle lui-même, et après lui, glorifieraient l'illustre auteur de 1822, son œuvre, montreraient l'importance de sa découverte, fixeraient les conceptions actuelles de la Paralyse générale, si cette dernière formule n'était peut-être pas trop ambitieuse.

Ce projet fut accepté à l'unanimité et celle-ci ne fut ébranlée que lorsque le moment vint de désigner les rapporteurs. L'éminent Secrétaire général put-il donner satisfaction à toutes les ambitions généreuses qui se révélèrent ? C'est un secret que nous ne lui demanderons pas de dévoiler ! — MM. Laignel-Lavastine,

Vinchon, Semelaigne, Arnaud, Pactet, Lhermitte, René Charpentier, Truelle, furent les heureux élus de ce tournoi illustre. Par eux nous nous apprêtâmes à ne plus rien ignorer de cette affection, même ses incertitudes.

M. le Dr Henri Colin fit mieux encore, et, parmi tant de science, Bayle lui-même ne fut pas oublié, car M. le Dr Henri Colin eut l'heureuse pensée de publier, en tête du volume du Centenaire, la thèse même de Bayle et sa dédicace vibrante : « *Ad Memoriam Patruï Dilectissimi, G. L. Bayle, Doctoris medici in celeberrimâ Facultate parisanâ...* »

L'ordre de la fête étant ainsi précisé, des communications furent faites à la Presse médicale pour annoncer l'événement, et des notices envoyées partout où devait vibrer l'enthousiasme.

Il vibra tant et si bien que les adhésions affluèrent, et qu'à la séance inaugurale, on ne compta pas moins de 40 délégués étrangers.

M. Paul Strauss, Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, la présida au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine entouré de M. le Professeur Pouchet, représentant le Doyen empêché, de M. le Médecin-Inspecteur général Rouget, de M. le Professeur Hesnard, représentant le Ministre de la Marine, de M. le Dr Toulouse, Président en exercice de la Société Médico-Psychologique, de M. le Dr Henri Colin, Secrétaire général, de M. le Commandant Bayle et de M. le Capitaine de corvette de Branges de Bourcia, descendants de Bayle, et des délégués étrangers.

M. le Ministre de la Santé publique d'Angleterre avait eu la délicate pensée de s'associer par un message à cette cérémonie.

Au discours de bienvenue de M. le Dr Toulouse,

M. Paul Strauss répondit en termes heureux associant le Gouvernement et le Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, à cette manifestation et se réjouissant de voir à Paris, presque à la même heure, les psychiatres, les neurologistes et les légistes réunis si nombreux pour les fêtes du Centenaire de Bayle, pour la Session annuelle de la Société de neurologie, pour les Congrès d'hygiène mentale et de médecine légale.

Ce que furent les séances de travail qui se tinrent successivement à la Faculté de Médecine, à la Société Médico-Psychologique, à l'Asile Sainte-Anne, nous ne le dirons pas, laissant la plume à des confrères plus studieux. Mais on sait que depuis Saint-Jean, l'arc ne peut pas être toujours tendu ; cette pratique serait d'ailleurs contraire à l'hygiène mentale, et M. le Dr Toulouse ne le tolérerait pas. Aussi les organisateurs songèrent-ils à préparer quelques distractions utiles. Ils eurent la bonne fortune d'en confier la charge au Dr Raymond Mallet.

Celui-ci, connu seulement jusqu'ici par de savants et sévères travaux de neuro-psychiatrie, par les monographies délicieuses de son petit livre, « Le Pavillon H », se révéla un animateur merveilleux.

Par lui, la « Bienvenue Française » reçut les membres du Centenaire dans les salons de l'Institut de France ; que M. le Professeur Richet, que M^{me} Boas de Jouvenel, que M^{me} Dastre trouvent ici un nouveau témoignage de leur reconnaissance ! Le Maître Widor voulut bien diriger lui-même l'exécution d'œuvres de Sébastien Bach et des siennes propres ; M^{lle} Astruc joua à ravir du violon et M^{me} Bardel, de l'Opéra, acheva l'émerveillement.

Mais c'est au banquet du Centenaire au Cercle Interallié qu'il se surpassa. Par ses soins, le dîner

fut servi par petites tables dans les salles mêmes où se tient en ce moment l'Exposition des Cent Tableaux.

Les yeux allaient de M^{me} Ida Rubinstein, par la Gandara, à la Comtesse Aimery de la Rochefoucauld, par Chaplin; de la Comtesse E. Pastré, par Hébert, à Mlle Pastré, par François Flameng, ou à Réjane, par James Tissot; M. le Dr de Massary était proche de Victor Hugo méditatif, par Bonnat; non loin de M. le Professeur Claude, M. le Dr Antheaume voisinait avec Verlaine, par Eugène Carrière; Arthur Meyer, par Weerts, souriait au Docteur Klippel; Barbey d'Aurevilly, par Emile Lévy, et Henri Rochefort, attiraient tous les regards... M. Laignel-Lavastine avait à ses côtés M. le Commandant Bayle et le Capitaine de corvette de Branges de Bourcia, petit-fils et petit-neveu de Bayle. La Société Médico-psychologique et la Société Clinique de Médecine mentale, la Société de Psychiatrie, la Société de Neurologie, étaient largement représentées. On remarquait MM. Arnaud, Semelaigne, André Thomas, Truelle, Lévi, Capgras, Pactet, Baudouin, Maurice de Fleury, etc., etc. A la table d'honneur, M. Paul Strauss présidait ayant en face et à ses côtés M. Marin, président du Conseil général de la Seine, M. le professeur Ch. Richet, M. le Dr Henri Colin et un délégué de chacune des nations alliées; les fleurs émaillaient la table à laquelle avaient pris place Mme Paul Strauss et Mme Boas de Jouvenel; — aux autres tables se groupaient les membres du Centenaire et leurs invités —, à la plus éloignée, mais d'où les grâces n'étaient pas exclues, M. le Dr Raymond Mallet, se laissait sans violence proclamer organisateur à vie de tous les Centenaires!

Après les toasts de M. le professeur Richet, de

MM. Bond et Robertson pour la Grande-Bretagne, Ley pour la Belgique, Christansen et Wimmer pour le Danemarck, Rodriguez pour l'Espagne, Raeder pour l'Amérique, Boschi pour l'Italie, Tideman pour la Norvège, Demôle pour la Suisse, on se répandit dans les jardins ravissants du Cercle; les groupes se formèrent et s'attardèrent très avant dans la soirée.

Comment ne pas se réjouir du succès du Centenaire où les surprises agréables allèrent sans cesse croissantes, et qui se terminait dans l'apothéose du banquet final ! Comment oublier cette soirée d'une élégance impeccable ? Comment oublier les choses délicieuses qu'à l'heure des toasts tant de confrères étrangers trouvèrent pour louer la France éternelle et la science française ? Comment oublier la synthèse étincelante d'à-propos et d'esprit que dégagée de cette manifestation le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyances sociales ? Comment oublier la révélation si gracieuse du professeur Robertson retraçant l'histoire de sa famille et y rappelant tant d'origines françaises ?

Et puisque l'histoire du Centenaire d'une grande découverte est si riche de révélations, comment résister à dire le regret que le Dr Toulouse n'ait pu venir prononcer quelques paroles, mais aussi son heureuse inspiration de faire lire quelques phrases par le Dr R. Charpentier, secrétaire du Comité qui avait apporté à la célébration du Centenaire non seulement sa collaboration scientifique mais encore ses précieuses qualités d'organisateur.

Le Dr R. Charpentier est trop connu des lecteurs des *Annales* pour que nous fassions son éloge, mais il sut lire le discours du Dr Toulouse avec tant d'élégance, une si riche notion des nuances et aux

passages utiles tant d'émotion parfois contenue, parfois vibrante, que lorsqu'il eût fini on écoutait encore...

M. le Dr Briand se délasse en faisant du Touring, M. le Dr Marchand quitte le microscope pour la palette, M. le Dr Maurice de Fleury écrit délicieusement, M. le Dr Charpentier a des loisirs altruistes : il lit pour ses amis : pour tous c'est une raison de plus de souhaiter compter parmi eux.

Le lendemain, le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales inaugurerait les travaux du Congrès d'hygiène mentale, et les congressistes, auxquels se mêlèrent les adhérents du Centenaire, allèrent visiter la Maison de Santé de Charenton. M. Bouchacourt, directeur, reçut les visiteurs et loua en termes heureux et remarqués les nombreux aliénistes présents ; M. Mignot fit l'historique de la vieille maison, puis ceux-ci la visitèrent en évoquant le souvenir d'Esquirol, de Calmeil, de Christian, de Ritti ; ils n'eurent garde d'oublier le laboratoire d'anatomie-pathologique, si connu, de St-Maurice ; M. le Dr Marchand, sacrifiant à l'actualité leur montra des coupes de paralysie générale chez le chien.

Le soir, tous se retrouvèrent à la réception de la Municipalité parisienne à l'Hôtel de Ville.

Ainsi se terminèrent les fêtes du Centenaire de Bayle.

Alfred FILLASSIER.

CENTENAIRE DE LA THÈSE DE BAYLE (1822-1922)

PARIS, 30-31 MAI 1922

Ainsi que nous l'avons annoncé dans le dernier numéro des *Annales*, la célébration du Centenaire de la thèse dans laquelle Bayle a isolé la Paralyse générale, a eu lieu à Paris les 30 et 31 mai.

La chronique placée en tête de ce numéro donne un aperçu des manifestations officielles et des fêtes organisées à l'occasion de cette commémoration. Nous publions ci-dessous le résumé des travaux qui ont occupé quatre séances, dont les deux premières furent tenues à la Faculté de Médecine et au siège de la Société Médico-Psychologique, et les deux dernières à l'Asile Ste-Anne.

Les discussions avaient pour base les 8 rapports publiés dans le volume intitulé « La Paralyse générale (maladie de Bayle) » (1). Elles furent accompagnées de communications diverses sur le même sujet.

Un deuxième volume contiendra le texte *in extenso* des discussions et des communications.

1^{er} Rapport. — Les Précurseurs de Bayle

Par LAIGNEL-LAVASTINE et J. VINCHON

L'œuvre des précurseurs de Bayle est des plus réduites ; d'ailleurs, Pinel, bien qu'il considérât avec Esquirol que la paralysie est un symptôme d' incurabilité, voulait détourner ses élèves des enquêtes ana-

(1) *La Paralyse générale (Maladie de Bayle)*. Masson et Cie, éditeurs, Paris 1922.

tomiques sur le cerveau. En 1764, J.-F. Meckel tente un rapprochement entre les lésions anatomiques des méninges et du cerveau et certaines formes de délires. A la fin du XVIII^e siècle, Esquirol, Pinel, J. Dubuisson et quelques auteurs français admettent que des idées de grandeur s'associent souvent à la démence et que cet affaiblissement a une évolution progressive.

Dès 1758, Tissot signale l'influence des maladies secrètes, de l'abus des boissons, du besoin de luxe, du développement des passions, autant de causes qui depuis le début du XVIII^e siècle augmentaient la fréquence des troubles nerveux et mentaux. Georget dans sa thèse soutenue 2 ans avant celle de Bayle reconnaît que la syphilis pouvait prédisposer à la folie, mais le rôle de la syphilis était uniquement une action morale.

De 1780 à 1822, Perfect, W. Porgeter, Th. Mayo publient des observations dans lesquelles ils paraissent avoir entrevu les associations de démence et de paralysie ; mais en Angleterre, il faut surtout retenir le nom d'Haslam qui, en 1798, cite plusieurs cas de folie avec troubles moteurs très judicieusement étudiés et qui lui permettent des essais de synthèses souvent heureuses ; l'apothicaire de Bedlam n'a cependant qu'entrevu la vérité. A l'esquisse des auteurs anglais, Bayle substitue un véritable tableau clinique et le groupement de ses observations l'autorise à affirmer l'évolution progressive de l'arachnitis chronique qui se déroule avec ses 3 périodes nettement caractérisées. Aucune des œuvres de ses prédécesseurs ne semble avoir pu le guider utilement dans la voie de sa découverte.

2^e Rapport. — Bayle et les Travaux de Charenton

Par René SEMELAIGNE

Bayle était interne à la Maison Royale de Charenton, vaste établissement où tout, disait-il, se trouve réuni pour en faire « une mine féconde d'observa-

tion », quand, âgé de 23 ans, il soutint sa thèse, sous la présidence de Royer-Collard. En 1825, il publiait la « Nouvelle doctrine des maladies mentales » et, en 1826, un « Traité des maladies du cerveau et de ses membranes ». Tandis que pour Esquirol et ses élèves, Georget, Delaye, Foville, Calmeil, il existe deux maladies chez le dément paralytique, la démence et la paralysie, Bayle oppose le principe de l'unité ; tandis que Calmeil parle de paralysie générale secondaire à une phlegmasie cérébrale, sans oser rattacher à une encéphalite chronique les symptômes constatés, Bayle soutient que la méningite, l'encéphalite consécutive et la compression du cerveau sont bien les causes réelles des troubles moteurs et des troubles intellectuels. Bayle et Calmeil furent les disciples de Royer-Collard ; nommé en 1805 médecin en chef de la Maison de Charenton, en 1816, professeur de médecine légale, puis chargé de la chaire des maladies mentales, Royer-Collard encouragea Calmeil, mais, peu avant sa mort, déclara à Bayle qu'il considérait la lésion de l'arachnoïde comme la cause de l'aliénation avec paralysie générale.

A la mort d'Esquirol (1840), Foville eut à recueillir la succession du maître, puis Calmeil assumait pendant 24 ans les fonctions de médecin en chef ; jusqu'à sa mort, survenue en 1896, il fit de nombreuses recherches sur les grandes épidémies de délire et il continua ses travaux sur la paralysie des aliénés ; dans son « Traité des maladies inflammatoires du cerveau », il expose à nouveau ses idées sur la paralysie générale et la dénomme périencéphalite chronique diffuse ; il reconnaît à Bayle certains mérites, mais il se refuse toujours à admettre les rapports de causalité entre la congestion de la pie-mère et l'inflammation de l'arachnoïde.

Plus près de nous, ce sont Christian et Ritti, — pour ne parler que des morts — ; par leur zèle et leurs travaux, ils ont su, pendant de longues années, maintenir le bon renom de la vieille Maison de Charenton.

Bayle mourut le 27 mars 1858 : il avait paru s'éloigner de l'étude des maladies mentales ; il dut cepen-

dant présenter, à l'Académie de Médecine, en 1854, un mémoire intitulé « de la cause organique de l'aliénation mentale accompagnée de paralysie générale » ; il agit ainsi pour préciser sa doctrine et pour réfuter ceux qui soutenaient que la priorité de cette doctrine devait revenir à Delaye, dont la thèse, intitulée : « Considérations sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés » n'avait paru qu'en 1824. Un mois après la mort de Bayle, une grande et longue discussion sur la P. G. s'engageait à la Société médico-psychologique ; Baillarger tout en reconnaissant le mérite incontestable de Bayle émettait l'avis que le nom d'Esquirol devait être joint à celui de Bayle dans la découverte de la P. G. Si Bayle n'a pas au vrai sens du mot découvert la paralysie générale, le premier, il a su l'isoler, et son mérite est grand.

DISCUSSION

M. V. PARANT rappelle qu'Achille Foville et Delaye, en 1820, rédigèrent un mémoire où ils distinguèrent les lésions anatomiques qui accompagnent l'aliénation avec paralysie de celles qui correspondent à l'aliénation sans paralysie. Ils semblent avoir eu une idée exacte du syndrome anatomique de la P. G. et furent les premiers à décrire l'atteinte profonde du parenchyme.

3^e Rapport. — La Paralysie générale après Bayle

Par F.-L. ARNAUD

Bayle avait opposé la doctrine unitaire de la paralysie générale à la conception dualiste d'Esquirol et de ses élèves. L'opinion de Bayle fut assez généralement adoptée. Mais elle bouleversait la traditionnelle classification de Pinel et d'Esquirol en *monomanie*, *manie* et *démence*.

Une réaction se dessine. Baillarger en est le promoteur. Une lutte s'ouvre alors et se prolonge pour et contre l'œuvre de Bayle.

LA FOLIE PARALYTIQUE

Parchappe. — Parchappe, en 1838, défend la théorie unitaire. Il s'écarte des idées de Bayle sur certains points. C'est ainsi que pour lui, la lésion primitive de la P. G. n'est pas la méningite chronique, mais le ramollissement inflammatoire de la couche corticale, lésion constante et pathognomonique.

Il donne à la Paralyse générale le nom de folie paralytique. Au point de vue clinique, il décrit la forme mélancolique, et il est le premier à signaler, dans quelques observations, l'inégalité pupillaire.

J. Falret. — Comme Parchappe, Falret défend la théorie uniciste. Il conserve la dénomination de Folie paralytique, maladie spéciale caractérisée par ses lésions anatomiques, sa paralysie, son délire, son évolution. Il s'attache surtout à l'étude du délire dont il dégage les caractères : Falret montre que l'évolution de la folie paralytique, « progressive dans son ensemble, est irrégulière dans ses détails ».

LA DUALITÉ DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Baillarger. — Il faut signaler d'abord l'apport de Baillarger dans la description de la Paralyse générale. Il montre l'importance de l'inégalité pupillaire, décrit le « délire hypocondriaque de négation et d'obstruction d'organes », étudie les rapports de la P. G. avec la pellagre et avec le tabès. Il fait le tableau des rémissions de la P. G. ; il met en relief les symptômes essentiels, nécessaires et suffisants pour caractériser la maladie et qui constituent la démence paralytique. Il fait des recherches intéressantes sur l'anatomie pathologique.

Mais Baillarger, disciple fidèle d'Esquirol, attaché à la classification traditionnelle en manie, monomanie et démence, soutient, dans la longue suite de travaux publiés de 1846 à 1890, qu'il y a deux maladies différentes dans ce que Bayle et ses partisans ont décrit sous le nom de paralysie générale ou de folie paralytique.

Il faut y distinguer : d'une part, la *démence paralytique*, qui peut exister sans délire, sans aliénation,

autre que la démence, forme primitive et simple de la P. G. qui n'a que deux ordres de symptômes constants et fondamentaux, la démence et la paralysie ; et d'autre part, la folie paralytique, syndrome surajouté et susceptible de guérison. La Folie paralytique peut exister en dehors de toute démence paralytique et évoluer, soit vers la guérison, soit vers la démence simple.

Les arguments de Baillarger sont les suivants :

1° L'existence d'une P. G. sans aliénation : il s'agit de P. G. sans délire ou d'observations disparates, dont certaines représentent des faits étrangers à la P. G. légitime ;

2° *Les folies congestives ou paralytiques* ; ce sont des folies spéciales, caractérisées par la manie ambitieuse ou le délire hypocondriaque, ainsi que par l'hésitation de la parole et le plus souvent l'inégalité des pupilles. Elles sont dues à de simples troubles circulatoires, peuvent guérir comme les autres folies ou folies simples, mais plus rarement. Elles se terminent exceptionnellement par la démence simple ; le plus souvent, elles aboutissent à la démence paralytique.

La conception des *Pseudo-paralysies générales* peut être rapprochée de la théorie de Baillarger : le Pb, l'alcool, la Σ et d'autres agents morbides peuvent donner naissance, non à la P. G. vraie mais à des états analogues, bien que différents par leur évolution, qui peut être régressive.

De nombreux auteurs ont adopté le terme de pseudo-paralysie générale créé par Delasiauve en 1851. Les uns considèrent comme possible le diagnostic clinique entre la pseudo et la vraie P. G. ; d'autres, non. Beaucoup admettent que la même cause, la Σ par exemple, peut donner naissance, soit à la pseudo, soit à la vraie P. G.

La théorie des pseudo-paralysies générales n'est au fond qu'un autre aspect, plus étendu, des folies congestives ou paralytiques de Baillarger. Mais ni les folies congestives, ni les pseudo-paralysies générales

n'ont apporté une réponse à la question qui est au fond de tous les débats : la paralysie générale est-elle une maladie distincte, ou un groupe de maladies, ou un syndrome clinique sous la dépendance de causes diverses ? Comme au temps de Baillarger, les tendances actuelles restent divisées. La question est toujours ouverte.

DISCUSSION

A la suite du rapport de M. Arnaud, une brève discussion s'est engagée. M. M. Briand rappelle que le médecin danois Kjellberg émit le premier l'hypothèse de l'origine syphilitique de la P. G. M. Vallon fait remarquer qu'on a décrit sous le nom de pseudo-P. G. des cas de rémission observés trop peu de temps. M. Arnaud dit que Falret insistait sur l'évolution irrégulière dans ses détails d'une maladie progressive dans son ensemble.

4^e Rapport. — Etiologie et Pathogénie

F. PACTET

Depuis Bayle, de nombreuses hypothèses ont été émises au sujet de l'Etiologie et de la Pathogénie de la P. G. Aujourd'hui, l'accord n'est point réalisé, et, tandis que certains soutiennent le rôle nécessaire et suffisant de la syphilis, d'autres refusent à la syphilis ce rôle exclusif et admettent la pluralité des causes morbides, facteurs de P. G.

Pour Bayle, l'arachnitis chronique est « le résultat d'un concours et d'une combinaison d'influences variées qui agissent chacune à leur manière, modifient l'organisme et finissent par aboutir à un effet commun qui devient la cause prochaine de la maladie. » et cette cause est « une fluxion sanguine vers la tête, dans les vaisseaux du cerveau, mais surtout de la pie-mère ». Bayle attache une grande importance aux influences physiques et morales : sexe, âge, tempérament, hérédité, traumatismes ; l'alcool prédispose nettement ; la syphilis, — relevée dans un cin-

quième des malades observés, — lui paraît si fréquente et si banale qu'il se refuse à la ranger parmi les causes prédisposantes.

Depuis 1825, les auteurs ont repris les facteurs étiologiques, signalés par Bayle, leur attribuant une influence plus ou moins prépondérante ; Magnan soutient que l'alcool est un facteur immédiat de la P. G. vraie. Kjellberg, en 1863, affirme que la P. G. ne se développe que dans un organisme infesté auparavant par la syphilis et dès lors, en France, comme à l'étranger, les deux opinions contradictoires se précisent, les partisans de l'une et de l'autre théorie apportant statistiques et observations à l'appui de leur thèse. Fournier, Morel-Lavallée, Bélières posèrent nettement la question des rapports de la syphilis et de la P. G. ; de 1889 à 1894, Fournier s'achemine par étapes successives jusqu'à la conception que la paralysie générale est engendrée par la syphilis, mais celle-ci n'est pas pour lui la cause unique, car ne deviennent paralytiques généraux que les syphilitiques qui présentent des prédispositions héréditaires ou acquises.

A l'heure actuelle, deux courants d'opinion sont franchement dessinés. Pour les uns, tares héréditaires, excès vénériens, alcoolisme, surmenage, infections diverses, intoxications deviennent des impondérables et sont éclipsés par le rôle de la syphilis, cause unique. Parmi les innombrables arguments, il faut citer la fréquence de la syphilis dans les antécédents des P. G., la corrélation de fréquence d'un sexe à l'autre, entre la syphilis et la P. G., la rareté de la P. G. dans certains milieux ou certains pays où la syphilis est peu répandue ; d'autre part, les recherches cytologiques et sérologiques récentes, la découverte, en 1913, par Noguchi, du tréponème dans le cerveau des P. G., l'action thérapeutique des produits arsénicaux ont été de nouveaux arguments pour ceux qui considèrent la méningo-encéphalite diffuse comme une entité morbide, ayant une cause nosologique unique.

Pour les autres, la P. G. est un syndrome ; si son tableau clinique est unique, ses facteurs étiologiques sont variables ; c'est à Klippel qu'est due cette notion

du syndrome paralytique, notion à laquelle cet auteur fut conduit par l'histologie pathologique. Ce syndrome peut relever de la tuberculose, de l'arthritisme, de l'helminthiase diffuse de l'encéphale, de la maladie du sommeil, des intoxications saturnine, mercurielle, etc... toutes causes qui, pour Klippel doivent être considérées comme vraisemblables ; le rôle d'une syphilis antérieure se bornerait à préparer le terrain à l'infection ; le tréponème ne serait qu'une cause prédisposante, la P. G. inflammatoire n'étant pas de nature syphilitique mais exigeant, pour son apparition, une accumulation de facteurs favorisants, au nombre desquels peuvent figurer la syphilis, l'alcoolisme, les excès vénériens, les intoxications, les tares héréditaires.

Telles sont les deux doctrines actuelles ; si la première semble rallier le maximum de suffrages, il est encore des dissidents et la question est toujours ouverte.

Enfin, la loi sur les accidents du travail et celle sur les pensions de guerre ont amené à envisager l'importance du traumatisme et de la guerre sur l'éclosion ou l'évolution de la paralysie générale ; sur ce point encore il y a des divergences d'opinions et des controverses entre les exclusivistes et les éclectiques.

DISCUSSION

L'exposé de ce rapport a été suivi d'une discussion très animée sur l'étiologie de la P. G.

M. SICARD pense que la P. G. est toujours syphilitique ; cette maladie s'accompagne, dans tous les cas, de signes humoraux. M. le P^r CLAUDE croit, comme M. Sicard à l'origine syphilitique de la paralysie générale. Pour lui, il faut refuser la dénomination de paralysée générale aux cas qui ne présentent pas les éléments du syndrome humoral. Il propose que les divers observateurs présentent devant les Sociétés savantes les cas de syndrome paralytique ne comportant pas de signes humoraux et les observations anatomiques correspondant à des cas de pseudo P. G.

M. le P^r LÉPINE se représente l'encéphalite paralytique comme une toxi-infection particulière pour la production de laquelle il faut des conditions de terrain

plus importantes peut-être que la notion de la syphilis elle-même, ce qui expliquerait que dans des cas exceptionnels la syphilis puisse ne pas être en cause. M. PACTET, répondant à MM. Claude et Sicard affirme que si l'infection syphilitique est indispensable pour produire la P. G., elle ne peut être considérée comme suffisante. Pour lui, il est incontesuable qu'il existe des cas de P. G. dans les antécédents desquels les recherches les plus minutieuses ne permettent pas de retrouver la syphilis. La prudence commande de ne pas proclamer résolu le problème posé.

M. WIMMER expose les travaux danois sur l'étiologie syphilitique de la P. G. et insiste sur l'extrême rareté des troubles mentaux d'origine syphilitique, autres que la P. G.

M. MARIE cite une statistique d'après laquelle la P. G. serait fréquente chez les arabes.

M. VIVÈS, à propos de l'étiologie de la P. G., apporte une statistique défavorable à l'influence de l'alcoolisme dans la production de la P. G. M. Charpentier dit avoir observé, lui aussi, des syphilitiques alcooliques chroniques, internés pour troubles vésaniques, et ayant dépassé les délais habituels d'incubation de la P. G. sans en présenter le syndrome.

5^e Rapport. — Anatomie Pathologique

Par JEAN LHERMITTE

I. *Etude macroscopique.* — La dure-mère est épaissie et présente parfois des exsudats hémorragiques sur sa face interne, ou des adhérences anormales avec les lepto-méninges. La pachyméningite hémorragique demeure l'apanage des P. G. entachés d'alcoolisme. — L'accumulation de liquide céphalo-rachidien entre l'arachnoïde et la pie-mère est très fréquente ; il y a parfois des kystes séreux plongeant dans la substance cérébrale. — L'épaississement des lepto-méninges est un fait courant. — Souvent, on constate la présence de granulations de Pacchioni nombreuses et volumineuses.

Avec les techniques modernes, et lorsqu'on fait des autopsies précoces, il est rare que la décortication du cerveau entraîne ces érosions et ces ulcérations auxquelles on attachait naguère trop d'importance. Les coupes, après durcissement, présentent de la dilatation des ventricules latéraux, dont les parois chagrinées et ratatinées montrent une infinité de petites granulations caractéristiques de l'épendymite granuleuse de P. Marie.

On n'observe pas de modifications réelles de la consistance du cerveau ni d'altération constante de sa coloration. L'atrophie et la diminution de poids de l'encéphale sont au contraire une caractéristique anatomique fort importante.

La coexistence fréquente d'athérome aortique ou d'aortite syphilitique est à noter.

II. *Etude histologique.* — A. *Lésions méningées* : Les lésions de la pie-mère sont les plus constantes et les plus intenses et consistent en stratifications de bandes collagènes, en dilatations vasculaires et surtout en foyers d'infiltration cellulaire.

B. *Lésions de l'encéphale* : 1° *Les éléments conjonctivo-vasculaires*. Ils sont très altérés et la lésion la plus significative consiste dans la distension des gaines péri-vasculaires par une série d'éléments cellulaires variés dont les plus importants sont les lymphocytes et surtout les plasmocytes. A côté de ceux-ci, apparaissent parfois les mastzellen d'Erlich, les cellules grillagées d'Alzheimer, les corps granuleux chargés de gouttelettes graisseuses ou de pigment brun.

2° *Les éléments ectodermiques du cerveau : cellules et fibres nerveuses ; névroglie*. Les cellules de l'écorce cérébrale présentent des lésions profondes : chromolyse, dégénérescence hydropique ou vacuolaire en cas de processus aigu, atrophie en cas d'évolution plus lente. Le réseau neurofibrillaire des cellules corticales subit de profondes modifications. Les dendrites et les cylindraxes des cellules nerveuses s'atrophient et disparaissent. Les fibres myéliniques de l'écorce cérébrale sont constamment atteintes ; des granulations de graisses neutres apparaissent dans les gaines myélini-

ques. Il y a prolifération névroglique. Les cellules à bâtonnet se multiplient.

La constatation du tréponème est devenue banale dans l'encéphalite paralytique ; on le trouve dans les foyers de névrose directe, et jamais dans les formations gommeuses.

Les corps opto-striés et le tronc cérébral peuvent être atteints ; il s'agit toujours de lésions moins profondes et moins étendues que dans le cortex. Le cervelet est rarement touché. On observe encore des lésions de la moelle épinière, des nerfs périphériques et du nerf optique, du système sympathique, des viscères et des glandes endocrines.

III. *Topographie des lésions encéphaliques.* — Elles sont au maximum sur les lobes frontaux, puis décroissent sur les régions rolandiques et disparaissent sur les lobes pariétaux et occipitaux. Il existe des formes localisées qui répondent à l'acuité particulière des lésions et surtout à leur précession sur certains territoires.

C. et O. Vogt ont décrit une modalité d'encéphalite paralytique avec localisation striée.

IV. *Synthèse anatomique et classification des lésions.* — Le terme d'encéphalite est pleinement justifié dans la P. G. Ses caractères anatomiques ne sont pas spécifiques histologiquement. La marque personnelle de l'encéphalite paralytique est l'extension et la localisation primitive ou principale de ses lésions.

V. *Formes anatomiques de la P. G. suivant l'évolution de la maladie et l'âge des sujets.* — Les formes aiguës sont caractérisées par une prolifération cellulaire très accusée dans la pie-mère et le cortex cérébral. Dans les paralysies générales prolongées on constate la pauvreté de la prolifération périvasculaire, la sclérose des capillaires et des artérioles et enfin la prévalence des lésions cellulaires sur les couches profondes du cortex.

Paralysie générale juvénile et P. G. sénile. — Chez l'homme âgé il y a des lésions associées de sclérose vasculaire, de calcification, d'athérome et de l'atrophie des cellules nerveuses. Chez les jeunes sujets, l'originalité anatomique de l'encéphalite paralytique

réside dans la fréquence des ébauches de division et de multiplication des cellules nerveuses du cortex, et surtout des cellules de Purkinje du cervelet.

VI. *Paralysies générales associées.* — M. Klippel réunit sous ce nom les faits où à l'encéphalite se surajoutent des altérations d'essence toute différente, dues, soit à l'alcoolisme chronique, à l'arthritisme, à l'artériosclérose, soit à la syphilis ou à la métasyphilis du tabès. Ces lésions sont toujours localisées.

VII. *Paralysies générales dégénératives.* — Pour certains auteurs, dont M. Klippel, il existe des cas de P. G. dans lesquels l'élément inflammatoire manque complètement. Ce sont les P. G. dégénératives. Leur caractéristique est l'absence complète de lésions inflammatoires diffuses, contrastant avec l'intensité des altérations régressives des éléments nerveux.

DISCUSSION

M. LAIGNEL-LAVASTINE argumente le premier le rapport de M. Lhermitte. Pour lui, les différences anatomiques des diverses méningo-encéphalites ne sont pas dans la cytologie des éléments cellulaires, mais plutôt dans la localisation des lésions. Ces différences sont suffisantes pour permettre dans certains cas un diagnostic anatomique, par exemple, entre la trypanosomiase cérébrale et la P. G.

Chez 20 P. G., l'examen des ganglions ciliaires a montré des lésions souvent énormes qui n'ont aucun rapport avec la présence ou l'absence du signe d'Argyll-Robertson.

M. ANGLADE insiste sur ce fait que l'intensité de la réaction méningée chez les P. G. peut être très faible. Il pense qu'il existe des cas authentiques de P. G. sans méningite. La démence y est particulièrement rapide. Chez de tels malades, l'albuminose et l'hypercytose céphalo-rachidiennes ainsi que la réaction de Bordet dans le liquide céphalo-rachidien peuvent être absentes. Par contre, cette réaction ne manque pas dans le sang. Il y aurait des P. G. d'origine sanguine et non céphalo-rachidienne.

M. Lhermitte reconnaît avec M. Laignel-Lavastine que dans la trypanosomiasse cérébrale la substance blanche peut être plus intensément frappée que le cortex, mais il n'en reste pas moins que la lésion conjonctivo-vasculaire envisagée du point de vue histologique est identique dans la trypanosomiasse et la P. G. Il en est de même, d'ailleurs, pour d'autres encéphalites, dont l'encéphalite épidémique. Le diagnostic anatomique n'est fait que par la topographie des lésions. M. Lhermitte s'associe à l'opinion de M. Anglade, relative au peu d'importance qu'ont parfois les lésions méningées.

Dans une séance ultérieure M. le P^r CLAUDE est revenu sur la question des lésions anatomiques de la P. G.. Faut-il admettre avec MM. Lhermitte et Anglade qu'il y a des P. G. sans méningite ? Il y aurait lieu, au contraire, de circonscrire le domaine de la P. G. M. Lhermitte répond à M. Claude qu'on peut admettre du point de vue anatomique l'existence de P. G. sans méningite dans les cas où on trouve la lésion histologique élémentaire de la P. G. M. Anglade, à propos de la dernière intervention de M. Claude, dit qu'il n'y a pas d'inconvénient à admettre l'existence d'une P. G. sans méningite. Dans la question de la P. G. on en est encore à une période d'analyse. On a pu admettre pour le tabès une forme mono-symptomatique sans ébranler pour cela la notion classique de tabès. Une seule chose importe, c'est d'exiger pour le diagnostic de P. G. la démence globale. S'il y a de plus des signes humoraux on est alors sur un terrain très solide.

M. SANCHIS-BANUS signale les travaux de l'histologiste espagnol Del Rio Hortega. Celui-ci a trouvé une nouvelle méthode de coloration fondée sur la fixation des tissus par le formol bromuré et l'emploi du carbonate d'argent ammoniacal. Cette méthode colore d'une façon élective certains éléments d'origine mésodermique et à fonctions phagocytaires que Del Rio appelle « microglia ».

M. Auguste MARIE fait, avec projections à l'appui, un exposé des recherches qu'il a faites avec D. Levaditti sur les rapports de la syphilis neurotrope avec la Paralyse générale.

6^e Rapport. — Etude clinique et médico-légale

Par R. CHARPENTIER

PARTIE CLINIQUE

Les très nombreux symptômes de la P. G. sont étudiés à la période d'Etat, période où le tableau clinique est le plus complet ; ces symptômes sont divisés en symptômes psychiques (démence, idées délirantes, troubles psycho-sensoriels, états affectifs) et symptômes physiques (troubles moteurs, troubles de la parole, de l'écriture, troubles oculaires et modifications du liquide céphalo-rachidien) auxquels s'ajoutent quelques symptômes accessoires. — Puis sont envisagés les différents modes de début : forme démentielle simple, — expansive ou maniaque, — dépressives, soit mélancolique, soit neurasthénique, soit confusionnelle ou sensorielle, — forme épileptique, tabétique, spasmodique ; et en dernier lieu les P. G. infantiles et féminines. Les chapitres suivants sont consacrés à la marche, à la durée, aux rémissions, à la période terminale, aux associations et aux complications.

Les signes cliniques, les formes, les complications de la méningo-encéphalite chronique sont étudiés suivant un plan parallèle basé sur la division des symptômes de la période d'Etat en signes psychiques ou physiques, capitaux ou accessoires. Suivant la prédominance des symptômes, les formes ont été classées en formes à troubles psychiques prédominants et en formes à troubles physiques prédominants.

Abandonnant ce plan, si l'on veut, en une sorte de raccourci, grouper en un faisceau les signes cardinaux de la P. G., on en retient quatre : l'affaiblissement démentiel des facultés intellectuelles, — les troubles de la parole, les troubles oculaires, les altérations biologiques, chimiques, cytologiques du liquide céphalo-rachidien. Réunis, ces symptômes entraînent l'absolue certitude du diagnostic ; mais, au début surtout, ainsi que dans les cas difficiles, on peut ne

rencontrer que l'un ou deux d'entre eux, aussi importe-t-il de bien connaître la valeur relative de ces quatre ordres de symptômes pris isolément.

A la suite des travaux de MM. Widal, Sicard, Ravaut et Guillaïn, les altérations du liquide céphalo-rachidien ont acquis une importance capitale. En effet, dans certains cas, les réactions humérales apportent au diagnostic un appoint de la plus grande valeur. Cependant, cette biopsie sera d'un faible secours toutes les fois où des troubles mentaux, sans rapport avec l'évolution d'une P. G. coïncideront avec des réactions méningées; la réaction méningée syphilitique étant admise, la ponction lombaire ne pourra pas permettre d'infirmer ou de confirmer un diagnostic de P. G. Par ailleurs, la ponction peut être refusée ou l'examen du liquide être impossible. Quoique privé de ces importants facteurs diagnostiques, le clinicien peut et doit cependant affirmer avec certitude un processus de méningo-encéphalite paralytique.

— Les signes oculaires ont une valeur incontestable, mais ils ne sont qu'une preuve de neuro-syphilis et le signe d'Argyll-Robertson n'est nullement pathognomonique de la maladie de Bayle. Associés au déficit global des facultés intellectuelles ils entraînent le diagnostic au même titre que les modifications du liquide céphalo-rachidien. Mais ces troubles oculaires (signe d'Argyll, myosis ou mydriase, inégalité, demiphtosis paralytique), sont souvent tardifs; quelquefois, ils manquent totalement. On doit donc les considérer comme des symptômes capitaux mais inconsistants et d'une apparition plus tardive et moins certaine que les modifications humérales.

— La démence paralytique est le caractère primordial de la maladie de Bayle. Globale, précoce, progressivement continue (ou, quelquefois, discontinue, mais sans espoirs de régression vraie), elle se traduit dans tous les domaines psychiques et se révèle dans les actes, les paroles et les écrits des P. G.; elle laisse également son empreinte sur leurs propos délirants à la fois multiples, mobiles, absurdes, incohérents et contradictoires. Etant donné l'importance

diagnostique de cet affaiblissement intellectuel, il ne faudra point le confondre avec des états confusionnels ou délirants, avec des symptômes de dépression ou de fatigue, erreurs cliniques susceptibles de donner l'illusion d'une thérapeutique triomphante.

— Les troubles de la parole sont constants et précoces et se présentent à des degrés divers. Ils se manifestent, tantôt spontanément, au cours de la conversation, tantôt ils exigent d'être recherchés, soit par la lecture, soit par la prononciation des mots d'épreuve. La dysarthrie paralytique, signe caractéristique, se différencie des troubles d'élocution du débile, de la parole hésitante et traînante du mélancolique et du confus, du verbiage pâteux de l'alcoolique dément, de l'embarras qui suit l'ictus comitial, de la chorée linguale dans certains cas de chorée de Huntington, des troubles de la parole que l'on rencontre dans le syndrome pallidal, la sclérose en plaque, l'encéphalite épidémique, etc...

Réunies, la démence et la dysarthrie paralytiques, — en l'absence des 2 autres signes cardinaux, — peuvent et doivent permettre à eux seuls d'affirmer la P. G.

Le diagnostic se pose différemment, suivant qu'il s'agit des formes à troubles psychiques ou à troubles physiques prédominants : dans la première hypothèse, il faudra discuter les nombreux états démentiels (démence artério-scléreuse, sénile, organique, post-traumatique, vésanique, hébéphrénocatatonique, ainsi que les états dus à la syphilis cérébrale) ; il faudra discuter également les états affectifs et délirants, les psycho-névroses et les états confusionnels, en particulier, l'alcoolisme, le syndrome de Korsakof et le Saturnisme. Lorsque les signes physiques occupent le premier plan, certaines infections ou intoxications, telles que l'encéphalite épidémique peuvent rappeler la P. G. ; dans quelques cas, le diagnostic d'une épilepsie est très difficile ; enfin, tabès, sclérose en plaques, chorée chronique de Huntington et exceptionnellement la maladie de Parkinson, ont des symptômes communs avec la méningo-encéphalite, mais un examen approfondi supprimera toute hésitation.

PARTIE MÉDICO-LÉGALE

Sans insister sur les réactions délictueuses ou criminelles, qui entraînent l'*irresponsabilité pénale*, il est plus intéressant de se demander si l'Assistance libre dans un service « ouvert » saurait convenir à de tels malades ? Evidemment, non, — sauf dans des cas tout à fait exceptionnels, — les paralytiques généraux étant des aliénés dangereux pour eux-mêmes et pour leur entourage. Par ailleurs, ils doivent être protégés par la loi, et la loi de 1838 leur offre, au double point de vue de la protection de leurs biens et de la protection de la liberté individuelle, des garanties plus rapides, plus complètes et plus certaines que celles qu'ils retireraient des jugements d'interdiction ou de la nomination d'un Conseil judiciaire.

Par ailleurs, les P. G. ne sauraient convenir à l'Assistance libre, dont le rôle bienfaisant doit se porter sur des malades indigents jusqu'ici insuffisamment et inopportunément assistés, malades qui ne doivent point se trouver mélangés ; de véritables aliénés au sens médico-légal du mot, l'internement à l'Asile ou dans une Maison de santé fermée est la mesure que l'on doit conseiller dans la généralité des cas. En cas de non-internement, il est prudent d'introduire une demande en interdiction. Au point de vue de la juridiction civile et militaire, se pose la responsabilité du patron au sujet des accidents du travail, la responsabilité de l'Etat, en matière de réforme militaire. Le problème est identique dans ces deux cas : il revient à l'appréciation médico-légale des rapports de la P. G. avec les éléments biologiques autres que la Σ : traumatisme, commotion, infection, surmenage, etc... ; par le fait, le débat se circonscrit entre les partisans de la méningo-encéphalite chronique considérée comme une manifestation de la neuro- Σ et ceux, comme Klippel, qui sont d'un autre avis. Bien qu'il soit logique d'admettre que l'étiologie spécifique est nécessaire, la question n'en est pas pour cela résolue ; si le tréponème doit être en cause, on ne peut affirmer à l'heure actuelle qu'il soit seul en cause, or, connaissant mal et insuffi-

samment l'intervention des autres éléments, il est difficile de savoir dans quelles proportions les facteurs étiologiques invoqués ont pu influencer sur l'éclosion et l'évolution de la maladie. Il paraît donc dangereux et inopportun d'édicter une règle médico-légale immuable ; l'expert se livrera à l'appréciation détaillée et circonspecte de chaque cas particulier, il recherchera attentivement les éléments étiologiques invoqués et la Σ , il devra faire le contrôle minutieux des dires du plaignant ainsi qu'une enquête patiente sur la filiation des symptômes, leur date d'apparition, l'intensité de la cause invoquée. Le scrupule et la réserve qui dicteront son opinion seront commandés par les discussions et les doutes que n'est point encore venue calmer la doctrine univoque amplement démontrée.

DISCUSSION

Le rapport de M. CHARPENTIER donne lieu à d'intéressantes controverses. D'autre part, pendant la même séance du Congrès, des communications très diverses furent faites. C'est ainsi qu'on fut amené à parler de certaines manifestations cliniques de la P. G., de son syndrome humoral, du diagnostic biologique. Ces questions furent d'ailleurs reprises au cours de la 4^e séance et se trouvèrent ainsi mêlées aux discussions concernant le traitement.

Nous résumerons ici ces diverses communications et controverses en parlant d'abord de ce qui est proprement clinique, puis du diagnostic biologique.

MM. BOUTTIER, MATHIEU et GIROT apportant une contribution à l'étude des syndromes cérébelleux au cours de la P. G. insistent sur l'importance des manifestations cérébelleuses. Elles sont rares, mais parfois très précoces. Elles peuvent porter soit surtout sur les troubles dysmétriques, soit surtout sur les troubles statiques. M. ANGLADE dit, qu'en effet, le cervelet ne doit pas être méconnu dans la P. G. C'est par lui que se révèlent les plus fines altérations histologiques.

MM. TOULOUSE et TARGOWLA parlent alors de l'état démentiel dans la P. G. Pour eux, il existe des rémissions vraies avec rétrocession des symptômes propre-

ment démentiels. Le syndrome démentiel leur apparaît ainsi comme un état fonctionnel, une réaction psychique à la méningo-encéphalite.

M. MARCHAND parle de la fièvre chez les P. G. Il a observé souvent des variations thermiques importantes et notamment de la fièvre en dehors de toute complication. Les accès fébriles sont communs. Ces manifestations semblent dépendre des lésions nerveuses. La fièvre résiste au traitement par l'arsénobenzol. Ce fait peut être rapproché d'une autre constatation thérapeutique consistant en l'absence de fièvre syphilo-thérapeutique chez les paralytiques généraux traités pour la première fois par les arsénobenzols. Ces deux épreuves thérapeutiques montrent que si la paralysie générale survient généralement chez des syphilitiques, elle est peut être due à un autre agent que le virus syphilitique, et que le dogme de la paralysie générale, maladie syphilitique, ne peut être accepté sans réserve.

M. LEGRAIN, d'après des observations personnelles, pense qu'il y a chez les P. G. un état pyrétique subaigu, presque constant, analogue, dans une certaine mesure, à l'état pyrétique des tuberculeux pulmonaires. Cette hyperthermie ne peut s'expliquer par aucune cause étrangère à la maladie.

Pour M. DEMOLE, il n'y a pas d'hyperthermie continue sans cause intercurrente. Mais il y a des accès de fièvre, qui surviennent irrégulièrement et sont dus à la maladie elle-même.

MM. CORNIL, TARGOWLA et ROBIN insistent sur la fréquence de la mort par broncho-pneumonie dans la P. G., broncho-pneumonie qui a les caractères de celle des vieillards.

M. GUILLAIN parle des formes frustes de la maladie. Pour lui, à côté des formes évolutives classiques de la P. G., il y a des formes légères, frustes, abortives, accessibles sans doute au traitement et qui ne s'observent pas dans les asiles.

MM. LEROY et CORNIL rapportent une observation anatomo-clinique de P. G. juvénile chez une jeune fille de 20 ans dont toute la famille est atteinte de syphilis.

Avec M. BELARMINO RODRIGUEZ on aborde la ques-

tion du diagnostic biologique. Celui-ci, d'après M. Rodriguez, est indispensable pour affirmer la réalité d'une P. G. Il permet d'autre part de faire le diagnostic précoce ou préclinique. On doit examiner le sang, le liquide céphalo-rachidien et même quelquefois pratiquer une biopsie cérébrale.

M. GUILLAIN, qui partage tout à fait l'opinion de M. Claude et de M. Sicard sur l'origine syphilitique de la paralysie générale, ne croit pas que l'on puisse, par l'examen clinique seul, poser le diagnostic de paralysie générale tuberculeuse, arthritique, artérioscléreuse; il est indispensable qu'un examen du liquide céphalo-rachidien ait montré l'absence de réactions biologiques-syphilitiques. La paralysie générale vraie s'accompagne, au cours de son évolution, de modifications du liquide céphalo-rachidien qui ne font jamais défaut. Pour M. Guillaïn, comme pour M. Sicard, la réaction de Wassermann est toujours positive dans le liquide céphalo-rachidien du P. G. Il en est de même de la réaction du benjoin colloïdal qui est positive dans 100 0/0 des cas de P. G. vraie.

M. TARGOWLA insiste sur l'intérêt de la réaction du benjoin colloïdal; elle permet d'apprécier l'intensité du processus pathologique. On peut lui distinguer trois types (moyen, fort, atténué), qui répondent d'une part à l'intensité de la réaction méningée, d'autre part à l'allure évolutive de la maladie. Le premier se voit dans les formes communes, le second dans les P. G. à marche accélérée, le troisième dans les formes à progression lente (P. G. tabès) et dans les rémissions. Il signale diverses particularités du syndrome humoral.

MM. SPILLMANN, LASSEUR, AUBRY et HAMEL de Nancy, ont fait une étude comparative de la réaction de fixation et de la réaction du benjoin-colloïdal, dans le liquide céphalo-rachidien des P. G. Pour eux la réaction du benjoin et la réaction de fixation sont toujours positives dans le liquide céphalo-rachidien des P. G.

La réaction du benjoin, telle que les auteurs l'ont employée, n'est pas plus sensible que la réaction de fixation faite correctement.

La réaction du benjoin est susceptible de rendre des services dans le diagnostic rapide de la P. G.

M. le P^r LEY indique une méthode d'exploration de la perméabilité méningée, due à M. Dujardin, de Bruxelles. Elle consiste à doser l'intensité de la réaction de B.-W. dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, à comparer ces intensités et à établir un indice de perméabilité. Cet indice est élevé dans la P. G. et faible dans la syphilis cérébrale.

M. CHARPENTIER remercie le P^r Ley de son exposé des travaux de M. Dujardin sur la perméabilité méningée. Il dit admirer avec tous, les beaux travaux de M. Guillain sur l'examen du liquide céphalo-rachidien. Tout en partageant l'avis de M. Guillain sur l'étiologie syphilitique nécessaire de la P. G., il ne pense pas comme lui qu'on n'a pas le droit de faire un diagnostic de paralysie générale sans examen du liquide-céphalo-rachidien ; ce serait nier la clinique et refuser à l'expert le droit d'affirmer un diagnostic de P. G. quand la ponction lombaire ne peut être faite, comme dans le cas, par exemple, où l'inculpé s'y refuse.

7^e Rapport. — Traitement et assistance

Par V. TRUELLE

Traitement curatif. — A l'heure actuelle la P. G. est une affection incurable. Pour la guérir, il faudrait s'attaquer à sa cause, or, l'accord n'est pas unanime sur ce point ; et même si l'on admet que la syphilis est nécessaire pour qu'il y ait méningo-encéphalite chronique, celle-ci ne cède point aux médications spécifiquement curatives de la vérole. On eut d'abord recours à l'iodure et au mercure, administré par voie buccale, cutanée, intra-musculaire, intra-veineuse ou intra-rachidienne ; Carl Spengler associait l'extrait thyroïdien au mercure. Les sels d'arsenic firent naître de nouveaux espoirs ; arsénobenzol, novarsénobenzol, sulfarsénobenzol furent injectés par différentes voies, soit suivant la technique de Leredde, d'une manière discontinue, à doses progressivement croissantes et allant

jusqu'à la limite tolérable, soit d'après les conseils de Sicard, en injections quotidiennes hypodermiques et à faible dose (0 gr. 15 de néo), continuées sans arrêt pendant 2 mois, puis reprises au bout de deux mois dans les mêmes conditions. Les résultats ont été encourageants ; des rémissions prolongées se produisirent, mais étaient-elles vraiment dues à la thérapeutique ? Outre le traitement anti-syphilitique, on a successivement préconisé et essayé l'ergotine, l'opothérapie, les abcès de fixation, les injections de nucléinate de soude, de tuberculine, l'auto-sérothérapie, les sels de radium, etc... ; la méthode de Von Wagner combine le traitement anti-syphilitique avec celui qu'il suppose propre à exciter ou renforcer les fonctions anti-infectieuses et anti-toxiques de l'organisme. Malgré des résultats satisfaisants, voire excellents, on ignore encore le moyen de guérir la P. G. et les heureux succès thérapeutiques obtenus semblent relever, soit d'une rémission, soit d'une confusion avec une syphilis cérébrale.

Traitement palliatif. — Ici, par contre, on peut et on fait beaucoup. L'hygiène physique et psychique met le malade dans les meilleures conditions possibles pour que se produisent les rémissions et évite souvent les accidents et les complications. Ces moyens banaux consistent en : surveillance médicale, repos cérébral et corporel, isolement dans le calme, distractions sans excitation, exercices sans fatigue, alimentation régulière, saine et sobre, abondante sans excès, d'assimilation, de mastication et de déglutition commodés, abstinence de boissons alcooliques, régularité des selles, balnéations tièdes fréquentes, usage judicieux de médicaments toniques et reconstituants, etc... On ne pourra pas éviter toutes les complications : ictus, troubles des sphincters, eschares... qui n'exigent aucune médication spéciale et que l'on traitera comme dans les autres affections. Les complications psychiques (accès d'excitation, de dépression, d'anxiété, de délire, de sitiophobie...) commanderont l'emploi des procédés classiquement utilisés en thérapeutique mentale.

Mais toute initiative médicamenteuse doit être pru-

dente car le P. G. « est au fond un sujet débile ». (Klippel).

Le traitement prophylactique consiste à éviter la contamination syphilitique, à dépister rapidement la vérole et à la blanchir rapidement. Aux syphilitiques, il faut recommander d'éviter le surmenage physique ou psychique, ainsi que les infections ou intoxications surajoutées. Quant au fait de savoir si un traitement anti-syphilitique méthodique et intense peut empêcher l'apparition ultérieure de la P. G., il est difficile de se prononcer ; certains, en effet, répondent par l'affirmative, tandis que d'autres soutiennent que le nombre des P. G. s'est accru depuis la découverte du salvarsan.

Assistance. — Elle est liée au traitement. Dans quelques cas, l'isolement, sous surveillance, à la campagne, peut être conseillé ; quand l'internement — fonction de la situation sociale du malade, et surtout de ses réactions — s'impose, il doit avoir lieu dans un établissement (Asile ou Maison de santé) soumis aux obligations de 1838 ; là, le paralytique général trouvera toutes les garanties personnelles et matérielles qui risquent de lui manquer ailleurs.

DISCUSSION

M. SICARD signale les bons effets du traitement par les sels arsenicaux. Il indique les doses qu'il convient, selon lui, d'employer. Il déclare donner la préférence à la voie intra-musculaire. Le traitement, pour lui, donne des résultats au début de la phase clinique de la maladie. Il ne guérit pas, mais il arrête l'évolution.

M. BELARMINO-RODRIGUEZ préconise un traitement mixte général et local : arsénobenzol et cyanure de Hg par voie intra-veineuse d'une part, sérums salvarsanisés ou mercurialisés par voie intra-rachidienne, d'autre part. Les résultats en seraient satisfaisants.

Pour M. A. MARIE, de même qu'il y a au point de vue anatomique deux phases successives du même processus, il y a, au point de vue thérapeutique deux périodes, l'une précoce favorable, l'autre tardive défavorable. Les salvarsanisations intraveineuses peuvent don-

ner des résultats. Le bismuth peut en donner aussi dans certains cas.

Pour M. LHERMITTE, la méthode des injections intrarachidiennes de sérums salvarsanisés et de composés arsenicaux est à rejeter. Il est plus logique de pratiquer comme M. Dercum le « Spinal drainage » associé à l'injection dans le sang de la substance active tréponémicide. En effet, pour M. Lhermitte, ce problème du traitement de la P. G. gravite autour de cette donnée fondamentale : la difficulté de faire diffuser une substance tréponémicide dans l'intérieur des neurones corticaux infestés par les spirochètes. Cette difficulté tient à ce que la nutrition des cellules nerveuses s'effectue suivant des lois très différentes de celles qui régissent le métabolisme des autres éléments cellulaires de l'organisme.

M. ANGLADE estime qu'il est possible d'obtenir des ralentissements ou même des temps d'arrêt dans la marche de la maladie, moins d'ailleurs, avec les anti-syphilitiques qu'avec le nucléinate de soude ou la tuberculine. Cette stabilisation des P. G. à une étape donnée de leur maladie qui les fixe dans une semi-démence est d'ailleurs aux points de vue social et familial un avantage très discutable.

M. BÉHAGUE a essayé comparativement les effets du cyanure de Hg, du novarsénobenzol et du galyl. L'évolution de la P. G. ne se trouva généralement pas modifiée. Le premier de ces médicaments fut mal supporté.

Avec M. COLIN, on aborde la question des aggravations dues à l'emploi des arsenicaux. La guerre a permis d'observer des cas qui auraient dû se montrer très favorables aux médications : sujets à un stade peu avancé de l'évolution de la maladie et qu'on traitait par les méthodes modernes. Au lieu de constater des résultats favorables on notait souvent des aggravations.

Pour M. SICARD, les aggravations s'observent après traitement par la méthode des injections intra-veineuses. Il s'agit souvent d'ictus consécutifs à l'emploi de doses élevées du médicament. Ces aggravations ne s'observent plus avec la méthode des injections à doses faibles intra-musculaires ou sous-cutanées.

M. COLIN répond à M. Sicard qu'en parlant d'aggravations dues au traitement arsenical, il a voulu parler d'aggravations portant surtout sur l'état mental. La déchéance psychique s'accroît après le traitement. Il ne s'agit donc pas seulement d'ictus ou de recrudescence des symptômes physiques dont on pourrait rendre responsables les injections intra-veineuses à grosses doses. On sait qu'il existe des paralytiques généraux, affaiblis intellectuellement, à demi conscients de leur état qui relèvent de l'hôpital et non de l'asile. Il en venait un certain nombre toutes les semaines dans le service de Charcot. On leur donnait de l'iodure et on leur appliquait des pointes de feu sur la colonne vertébrale. Ce n'était pas un traitement spécifique et cependant ils se sentaient améliorés et pouvaient, eux aussi, vaquer à de menues occupations.

M. DEMOLE dit quelques mots des accidents dus au traitement arsenical.

Avec le traitement arsenical ou mercuriel, il a enregistré surtout des échecs. L'influence des médicaments sur la P. G. est difficile à apprécier car les signes cliniques et humoraux sont sujets à des variations spontanées.

M. MAERE n'a jamais constaté de résultats thérapeutiques avec le novarsénobenzol.

M. KLIPPEL croit que le traitement anti-syphilitique n'a aucune efficacité. Selon lui, de cette absence de résultats du traitement anti-syphilitique, on peut conclure que rien ne prouve que la P. G. soit de nature syphilitique.

M. TRUELLE répond alors aux diverses observations auxquelles son rapport a donné lieu. Il admet qu'on traite les P. G. Mais il reste sceptique sur l'efficacité du traitement.

J. LE MAUX et Ch. REBOUL-LACHAUX.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 29 MAI 1922

SÉANCE SOLENNELLE

Présidence de M. TOULOUSE, Président

MM. Abadie, Anglade, Baruk, Bessières, Bonhomme, Brousseau, Damaye, Hamel, Hesnard, Pierre Kahn, Levet, Naudascher, Privat de Fortunié, Raviart, Rodiet, Vernet, Vinchon, membres correspondants nationaux, et MM. Hoedemackers (de Bruxelles), Aug. Ley (de Bruxelles), Salvador Vivès (de Barcelone), membres associés étrangers, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. le Secrétaire général donne lecture de la correspondance manuscrite qui comprend :

1° une lettre de M. le D^r Jean Robert, médecin-directeur de l'Asile des Aliénés d'Auch qui demande à faire partie de la Société à titre de membre correspondant national. (Une Commission est désignée, composée de MM. Toulouse, Colin et René Charpentier, rapporteur);

2° une lettre de M. le D^r Jean Eissen, médecin-chef de l'Asile de Stephansfeld qui demande à faire partie de la Société à titre de membre correspondant national. (Une Commission est désignée, composée de MM. Raoul Leroy, Raymond Mallet et Rogues de Fursac, rapporteur).

Rapports de Candidature

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, dans votre dernière séance, vous avez nommé une Commission composée de MM. Semelaigne, Truelle et René Charpentier, rapporteur, afin d'examiner les titres de M. le profes-

seur Raviart (de Lille), à une place de membre correspondant national de notre Société.

Autant que la règle de brièveté imposée actuellement à nos rapports de candidature, la personnalité même de M. le professeur Raviart m'interdit un long exposé.

Ses titres et ses travaux sont bien connus de tous. Ancien Interne des Hôpitaux de Lille, puis de l'Asile de Bailleul, premier au concours de 1900 pour les fonctions de médecin des Asiles d'Aliénés, successivement chargé de cours (1905), agrégé (1907), puis professeur de Clinique psychiatrique (1914) de la Faculté de Médecine de Lille, M. Raviart a obtenu régulièrement et rapidement, accompagné des vœux et de l'estime de chacun, tous les titres et toutes les fonctions auxquels peut aspirer un aliéniste français.

Ses travaux qui embrassent toutes les branches de la médecine sont trop nombreux pour être cités ici. A la veille de la réunion psychiatrique destinée à commémorer le Centenaire de la thèse de Bayle, qu'il me suffise de vous rappeler les nombreuses et intéressantes études de M. Raviart sur la paralysie générale et les recherches qu'il publia dès 1908 sur la réaction de Wassermann chez les aliénés.

Lors de notre séance de mars, M. Raviart, au cours de la discussion sur l'organisation des services « ouverts », apportait encore ici-même les utiles notions qui résultent de l'expérience acquise dans la tentative réalisée par lui dès 1912 de recevoir des malades sans formalités dans sa Clinique d'Esquermes.

Tous se réjouiront de le voir prendre une part plus active encore aux travaux de la Société médico-psychologique et c'est à l'unanimité que votre Commission vous propose de le nommer *membre correspondant national*.

A la suite de ce rapport, il est procédé au vote et M. le professeur RAVIART (de Lille) est élu membre correspondant de la Société à l'unanimité de 16 votants.

M. SEMELAIGNE. — Vous avez désigné une Commission, composée de MM. Arnaud, Briand et Semelaigne rapporteur, pour examiner la candidature, au titre de membre correspondant, du D^r Abadie, de Bordeaux. Je devrais peut-être lui adresser d'abord un amical reproche pour avoir si longtemps différé de devenir un des nôtres, bien que faisant déjà partie de la Société clinique de médecine mentale et de la Société de psychiatrie. Mais la Société médico-psychologique est née en 1852; les autres sont de date récente, et on ne saurait tenir rigueur à celui qui s'est arrêté auprès des jeunes avant de frapper à la porte de la septuagénaire.

M. Abadie, reçu docteur en 1900, a été nommé en 1903 médecin des hôpitaux de Bordeaux, en 1904, professeur agrégé de médecine générale. L'enseignement de la médecine mentale était alors confié, dans cette ville, à un homme docte et probe, passionnément épris de son art, à l'esprit vif, à la parole ardente, ami sûr et maître dévoué, dont le nom restera parmi les plus grands de la psychiatrie française. C'est sous l'influence de Régis que le D^r Abadie se consacrait à notre spécialité, c'est à lui qu'il devait succéder en 1919.

Parmi les nombreuses publications de M. Abadie, je vous signalerai particulièrement ses travaux sur les rapports de l'alcoolisme et de la tuberculose, sur les perversions sexuelles et le fétichisme, la mythomanie et les fabulations policières, la pseudo-paralysie générale cérébro-scléreuse, les complications et les séquelles de l'encéphalite épidémique, les toxicomanies. Regrettant de ne pouvoir donner qu'une simple énumération de ces divers ouvrages, je viens vous demander, au nom de votre Commission, d'accueillir parmi vous le D^r Abadie, en qualité de membre correspondant.

Pour terminer, permettez-moi d'exprimer une opinion toute personnelle. Je trouve regrettable que nos règlements n'aient pas réservé, pour des hommes tels que Morel, Renaudin, Aubanel et Régis, le titre de membre titulaire. Les fondateurs de la Société médico-psychologique ont imposé la résidence, avec assiduité aux séances, la seule excuse valable étant la maladie ou un congé régulièrement accordé. Une première excep-

tion fut faite en faveur des médecins des asiles de la Seine. Puis, en 1886, Magnan, au nom d'une Commission dont faisait partie notre collègue Briand, proposait d'accorder le titre de membre titulaire au D^r Riu, médecin du quartier d'aliénés de l'hospice d'Orléans ; ses conclusions furent adoptées à l'unanimité des membres présents. Un médecin de l'Asile de Prémontré invoqua ce précédent pour se présenter en 1890, mais Ritti était rapporteur et veillait à la stricte application du règlement ; le candidat provincial n'obtint, au second tour, que 16 voix, contre 19. Une nouvelle demande, l'année suivante, n'était pas admise par la Commission. A cette époque, la Société médico-psychologique présidait seule aux destinées de la science mentale. Mais certains, s'apercevant tout à coup de ses tendances insuffisamment cliniques, estimèrent que le meilleur remède était la création d'une deuxième société. Aussitôt une troisième se fondait, sans doute en vertu du vieil adage : *Numero deus impare gaudet*. Ces divisions, ces différences suivant le lieu d'origine, sont-elles bien indiquées, à cette heure surtout où l'union semble plus que jamais nécessaire ? A mon âge, il est permis d'évoquer ses rêves. Parfois, il m'arrive de songer à une société, unique et puissante, groupant ceux qui s'intéressent aux études psychiatriques, étendant au loin ses rameaux, et dont les membres, parisiens ou provinciaux, pourraient avoir le même titre, et des droits égaux.

A la suite de ce rapport, il est procédé au vote et M. le professeur ABADIE (de Bordeaux) est élu membre correspondant de la Société, à l'unanimité de 20 votants.

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, au nom d'une Commission désignée par vous et composée de MM. Briand, Colin et René Charpentier, rapporteur, j'ai l'honneur de vous rendre compte de l'examen des titres de M. le professeur Aug. Ley (de Bruxelles) qui demande à faire partie de notre Société à titre de membre associé étranger.

Professeur de Psychiatrie et de Psychologie à l'Université de Bruxelles, Inspecteur des Asiles, des Colonies d'Aliénés et des prisons du royaume de Belgique, ancien président de la Société de médecine mentale de Belgique et de la Société belge de neurologie et de psychologie, le D^r Aug. Ley est connu de vous par ses nombreux travaux sur des sujets de psychologie normale et pathologique, de psychologie expérimentale, de médecine légale psychiatrique.

Ses belles études sur l'enfance anormale, l'arriération mentale, l'association des idées dans les maladies mentales, la psychologie du témoignage, l'alcoolisme, sont présentes à l'esprit de tous.

C'est avec le souhait qu'il puisse le plus souvent possible venir prendre place parmi nous et participer à vos discussions que votre Commission vous demande, à l'unanimité, de le nommer *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique.

A la suite de ce rapport, il est procédé au vote de M. le professeur Aug. LEY (de Bruxelles) est élu membre associé étranger, à l'unanimité de 16 votants.

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, lors de notre dernière séance, vous avez nommé une Commission composée de MM. Capgras, Colin et René Charpentier, rapporteur, et chargée d'examiner les titres de M. le D^r George Gordon (de Londres), qui demande à faire partie de notre Société à titre de membre associé étranger.

D'abord, médecin en second à l'Asile de Winwick (Lancashire), puis médecin principal des salles pour psychoses et psychonévroses de l'Hôpital du Ministère des Pensions à Birmingham, M. le D^r George Gordon est actuellement psychiatre d'une clinique pour troubles nerveux au Ministère Britannique des Pensions.

Membre de la Medico-psychological Association of Great-Britain, M. George Gordon est l'auteur d'un certain nombre de travaux, parmi lesquels je vous citerai une thèse sur l'amnésie, l'observation d'un cas clini-

que de psychonévrose avec mouvements choréo-athétosiques, un travail sur le Diagnostic précoce de la Paralyse générale, etc.

M. le D^r George Gordon vient chaque année à Paris. Exprimant l'espoir qu'il pourra le plus souvent possible assister à nos séances et prendre part à nos travaux, votre Commission, à l'unanimité, vous propose de le nommer *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique.

A la suite de ce rapport, il est procédé au vote et M. le D^r George GORDON (de Londres) est élu membre associé étranger à l'unanimité de 16 votants.

Rapports des Commissions de prix

PRIX AUBANEL

M. ROGUES DE FURSAC lit son rapport sur le mémoire de MM. Xavier Abély et Paul Abély pour le prix Aubanel : Les périodes intercalaires et les terminaisons de la folie intermittente, rapport présenté au nom d'une Commission composée de MM. Antheaume, Truelle, Capgras et J. Rogues de Fursac, rapporteur.

Les auteurs commencent par préciser ce que l'on doit entendre par période intercalaire : l'intervalle compris entre deux accès de folie intermittente.

Ils distinguent ensuite des périodes intercalaires normales et des périodes intercalaires anormales.

Les premières se définissent : retour à une intégrité psychique complète. On les rencontre surtout dans les cas à accès largement espacés.

Les secondes (périodes intercalaires anormales), se répartissent en deux catégories suivant que les troubles qui les caractérisent sont d'ordre constitutionnel ou acquis sous l'influence de la maladie. Les premiers n'ont rien de pathognomonique et réalisent simplement les diverses modalités de la dégénérescence. Les seconds sont surtout caractérisés par des modifications de l'affectivité.

Les auteurs étudient successivement l'historique de

la question, les intermittences normales, les intermittences pathologiques, l'évolution des périodes intercalaires, la médecine légale et le traitement de ces états.

Après avoir donné un certain nombre d'observations, ils abordent la seconde partie de leur étude : les terminaisons de la folie périodique.

Ils résument l'ensemble de leur travail sous forme de conclusions, qui sont les suivantes :

1^{re} Partie : Périodes intercalaires

I. L'existence des intermittences normales ne fait pas de doute.

II. Mais la réalité des intermittences pathologiques n'est pas moins incontestable. Ces dernières paraissent même les plus fréquentes.

III. Les symptômes pathologiques observés sont de deux ordres :

des symptômes constitutionnels,

des symptômes acquis.

IV. Les tares dégénératives constitutionnelles peuvent n'être pas apparentes et sont le plus souvent discrètes.

V. Les signes acquis sont plus importants et plus constants. Les troubles essentiels se rencontrent dans le domaine de l'affectivité. Les caractères de cette affectivité sont les suivants. Son type extrême :

la fixité de l'humeur,

la prédominance de l'affectivité inférieure se traduisant par l'égoïsme, l'irritabilité, l'indifférence, l'amoralité.

L'affectivité exerce une domination anormale dans la sphère de l'intelligence et de l'activité, où l'on peut déceler une tendance à l'automatisme.

Dans le domaine de l'intelligence, on constate la prépondérance du jugement passionnel et une légère diminution de l'attention.

Dans le domaine de l'activité, on constate l'impulsivité et la tendance à la stéréotypie. La sphère la moins touchée est toujours la sphère intellectuelle.

VI. La pathogénie autotoxique fréquente de la psy-

chose périodique se montre parfois plus apparente au cours des intermittences.

VII. Les diverses formes de périodes intercalaires sont les suivantes, dont la désignation est suffisamment explicite :

Les intermittences hyperthymiques (on y rencontre de préférence le défaut de notion de la maladie).

Les intermittences hypothyriques.

Les intermittences cyclothymiques.

VIII. L'activité psychique tend, à mesure que la maladie évolue, à se montrer de plus en plus automatique pendant les intermittences.

IX. Dans le plus grand nombre des cas, on doit conclure à la responsabilité atténuée des périodiques en intermittence. Mais cette mesure devrait être complétée par une tutelle médicale et judiciaire des délinquants. Au point de vue civil, le Conseil judiciaire paraît préférable à l'interdiction.

X. Un traitement peut et doit être institué au cours des intermittences. Il devra être soit symptomatique, soit basé sur les données pathogéniques décelables.

II^e Partie : Terminaisons

I. La guérison de la psychose intermittente est pratiquement inexistante.

II. La démence est une terminaison possible, mais rare.

III. La psychose périodique évolue habituellement :

1° vers la chronicité : c'est-à-dire, soit vers la manie chronique, soit vers la mélancolie chronique, soit vers un état circulaire ;

2° vers une activité de plus en plus automatique et stéréotypée ;

3° vers un affaiblissement intellectuel léger, fait de troubles du jugement et de l'attention et qui progresse très lentement.

Cette forme fréquente de terminaison peut se compléter par l'apparition d'un délire secondaire.

IV. Les conditions de longévité des intermittents ne sont pas sensiblement modifiées du fait de leur maladie.

Toutefois, ils paraissent exposés électivement aux accidents congestifs.

MM. Xavier et Paul Abély ont traité leur sujet d'une façon complète, méthodique et originale. Leur mémoire apporte une contribution de premier ordre à l'étude de l'évolution de la psychose intermittente.

La Commission est d'avis que le prix Aubanel leur soit accordé.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées à l'unanimité, et le Prix Aubanel pour 1922 est décerné à MM. P. et X. Abély.

PRIX MOREAU DE TOURS

M. MIGNARD. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Arnaud, Briand, Capgras, Simon, Mignard, rapporteur, pour examiner les titres des candidats au prix Moreau de Tours.

Deux ouvrages sont proposés pour le prix Moreau de Tours, deux thèses inaugurales, l'une du D^r Le Maux : Essai sur l'Ironie et la Raillerie, l'Ironie morbide, l'Ironie et la Raillerie chez les aliénés, l'autre, du D^r Reboul-Lachaux, sur le Maniérisme dans la démence précoce et dans les autres psychoses.

En un style clair, précis et agréable, qui traduit simplement les qualités de la pensée, M. Le Maux poursuit, au travers des divers syndromes mentaux, les réactions psychologiques qu'il étudie. Pour nous en tenir à l'ironie, qui fait son sujet principal, il dégage d'abord ses conditions essentielles. Ce mode d'expression, volontairement inversé, nécessite une certaine richesse et une certaine qualité des processus intellectuels. Il faut que s'y joignent les dispositions affectives spéciales, légèrement malveillantes, et quelque peu d'excitation. De ce fait, l'ironie sera facilement réalisée dans certains syndromes mentaux, comme la manie et l'hébéphrénie et les psychoses systématisées chroniques, qui permettent ou favorisent le développement de ces conditions. La raillerie,

réaction moins délicate, peut être rencontrée dans des états plus dégradés de l'activité mentale. Au cours d'observations très étudiées, vivantes et judicieusement choisies, M. Le Maux nous montre sur le fait ses intéressantes constatations.

La thèse de M. Reboul-Lachaux nous fait envisager aussi le Maniérisme dans diverses psychopathies. Cette attitude mentale ne se rencontre pas seulement, en effet, dans la démence précoce, où sa description est classique. Elle existe aussi, — et peut-être souvent plus réelle, — chez les maniaques, les épileptiques, les débiles mentaux et certains délirants. Dans la démence précoce, M. Reboul-Lachaux se pose l'intéressant problème de savoir si l'apparent maniérisme est bien assimilable à ce que nous entendons chez le normal par ce terme. Il tend à écarter cette opinion, pour la plupart des cas. L'aspect maniéré du dément précoce tiendrait surtout à la discordance mimique, qui semble souvent traduire d'insincères émotions. Cependant, l'auteur est trop averti pour s'arrêter à une explication univoque en si complexes matières, et il admet, à côté du pseudo-maniérisme par discordance, un maniérisme plus véritable, que la coquetterie morbide, sous la dépendance de l'instinct sexuel perturbé, pourrait, par exemple, développer. La thèse du Dr Reboul-Lachaux, pleine d'idées intéressantes, illustrée de belles observations, est d'une lecture aussi facile qu'agréable.

Ces deux excellents ouvrages manifestent, dans toutes leurs parties, de remarquables parentés. L'un et l'autre sont des études psychologiques à propos de faits cliniques, respectant à la fois l'autonomie des diverses méthodes, et les faisant collaborer, dans un large esprit de synthèse, à des vues d'ensemble judicieuses et compréhensives. Il est permis de chercher dans ces ressemblances plus qu'une simple rencontre, puisqu'aussi bien l'amicale collaboration des deux auteurs a souvent lié leurs travaux. Votre Commission ne voudrait pas séparer ce qui se trouve uni d'aussi bonne manière, et elle vous propose de décerner conjointement le prix Moreau de Tours à MM. Le

Maux et Reboul-Lachaux, pour les deux bonnes études qu'il vous ont présentées.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées à l'unanimité et le prix Moreau de Tours pour 1922 est décerné à MM. LE MAUX et REBOUL-LACHAUX, médecins des Asiles, Internes à l'Asile Ste-Anne.

PRIX BELHOMME

M. H. COLIN, Secrétaire général. — Messieurs, le sujet proposé pour le prix Belhomme était le suivant : « *Etude sur les troubles mentaux consécutifs aux bombardements et aux explosions* ». Aucun mémoire n'a été présenté, mais M. le D^r Renaux, médecin de l'Asile de St-Gemmes-sur-Loire, a envoyé sa thèse intitulée : « *Etats confusionnels consécutifs aux commotions des batailles* ». C'est un travail excellent qui aurait pu faire l'objet d'un mémoire pour le prix Belhomme. Votre bureau vous propose d'attribuer à son auteur, sur les fonds du prix Belhomme, une récompense de 500 francs. (Adopté).

Séquelles d'encéphalite léthargique

Présentation de trois malades

par les D^{rs} André COLLIN, TOBOLOWSKA, REQUIN

Nous avons l'honneur de présenter à la Société trois malades, d'âges différents : 7 ans, 15 ans et 30 ans, examinés et suivis à notre consultation médico-sociologique infantile, qui tous trois ont été atteints d'encéphalite léthargique et qui actuellement présentent le symptôme commun de la tendance invincible au sommeil lorsqu'ils sont inactifs, des troubles du caractère et la volonté de l'activité et des symptômes physiques propres à chacun d'entre eux.

Raymond D. a 7 ans, présenté à la consultation sur le conseil de son maître d'école le 19 mai 1922, parce qu'il

s'endort fréquemment dans la journée, qu'il ne fait aucun progrès scolaire, que son intelligence décline, qu'il a des réactions bizarres à l'endroit de ses camarades.

A. H. : Père bien portant, blessé de guerre. Mère bien portante, 4 enfants, 2 fausses couches, 2 enfants sont morts en bas âge.

A. P. : Né à terme après une bonne grossesse et un accouchement normal. Il a parlé à un an, marché à 15 mois, uriné au lit jusqu'à 3 ans. Il a présenté une certaine fragilité cérébro-spinale. Troubles du sommeil, sursauts, cauchemars. Il dormait les yeux entr'ouverts. Coqueluche légère, rougeole grave. Tout à fait normal par ailleurs, intelligent, curieux, désireux de s'instruire.

Mai 1920. — Atteint d'encéphalite léthargique, 15 jours de somnolence et de sommeil profond. Réveillé pour être alimenté il se rendort aussitôt, temp. de 38 à 39,5. Retourne à l'école deux mois après. Dès cette époque, il ne fait plus aucun progrès physique ni mental.

Ex. Phys. : Petitesse de taille. Viscères, cœur, poumons, tube digestif fonctionnent bien. Asymétrie faciale ; atrophie du côté gauche avec paralysie faciale respectant l'orbiculaire des paupières. La langue est déviée à gauche et tremble. Par. motrice oc. ext. gauche. L'enfant bave beaucoup. Les réflexivités tendineuses, cutanées, iriennes sont normales, bonne diadocosinésie. R. B.-W. négative dans le sang.

Manière d'être et état mental. — Ascolarite, maladresse des mouvements. Indifférence, puérilisme. Gros troubles de la mémoire, de l'attention. Absence d'intérêt aux jeux. Se perd à quelques pas de chez lui. Est incapable de faire une course. Oublie de rentrer déjeuner en restant sur le pas de la porte. Accès de colère. Devient difficile et dangereux pour ses camarades, les pique à la face et au cou avec le bec de sa plume. Il s'isole volontiers, pleure sans raison apparente ; fait des récits mensongers, dit qu'il n'a plus de mère, qu'on ne lui donne pas à manger ; ne se souvient pas de certains mensonges et nie les avoir dits.

**

Gabrielle C. 15 ans. — (Obs. très résumée). Vient à la consultation le 12 mai 1922. Est-elle paresseuse ou malade dit la mère, elle dort tout le temps. L'avant-veille elle s'était couchée à 8 h. du soir, elle a dormi toute la nuit, toute la journée, on a dû la réveiller le lendemain à midi. Elle travaille dans une usine à trier des graines, on la

trouve endormie sur son ouvrage plusieurs fois par jour. On la change d'occupation, elle s'occupe de jardinage et de basse-cour. Elle s'isole pour dormir, elle s'endort sur la table et termine rarement un repas. Son père la prend sous sa surveillance dans la maison de chaussures où il travaille. Le 6 mai 1922, on doit la renvoyer. Son caractère change, elle devient coléreuse, lève la main sur sa mère. Son père exaspéré encore que très doux et très patient, la corrige une fois et l'emmène chez le brigadier de gendarmerie un de ses amis pour la faire semoncer et l'intimider. Elle passe alors par entêtement deux ou trois jours sans manger. Elle suce son pouce dans la rue. Elle se présente comme une enfant amaigrie, indifférente. Aucun signe neurologique ne retient l'attention, sa santé générale est bonne.

Voici son histoire pathologique. Enfance sans incidents notables. 4 frères et sœurs bien portants. Parents bien portants très soucieux de la santé physique et morale de leurs enfants. Le 10 décembre 1920, elle fut prise de lassitude, de courbature, de somnolence et on ne prend la température que le 5^e jour : hypothermie, 35°,8. Etat aigu pendant 17 jours, convalescence pendant un mois puis elle tâche de recommencer à travailler et malgré l'absence de tous signes physiques, une conservation de l'appétit, elle ne peut se livrer à aucun travail.



L., 31 ans. Vient à la consultation le 28 nov. 1921. Le 17 janv. 1920 enceinte de 5 mois elle fut prise de douleurs violentes avec élancements dans l'oreille droite. Elle délire pendant 24 heures, les douleurs se généralisent à la nuque, aux bras. Transport à Tenon. Etat aigu de fièvre et de somnolence dure 17 jours. Au bout d'un mois la malade est ramenée chez elle. Ce jour-là la temp. est à 39°. 15 avril 1921, toujours alitée, elle accouche à 8 mois d'un enfant bien portant qui est actuellement en très bon état. Elle nourrit jusqu'à 9 mois. Depuis 6 semaines après son accouchement jusqu'au moment du sevrage *elle était très bien*, dit la mère, *tout à fait normale*, s'occupant de son intérieur et de ses enfants (5 ans l'ainé) comme auparavant. Période de fatigue et de somnolence de janvier à mars 1921. A ce moment, douleurs, raideur de la main droite. Elle est obligée d'interrompre fréquemment ses travaux ménagers, puis elle tient la tête raide, elle commence à marcher à petits pas avec légère latéro pulsion droite. Le regard avant fixe, elle bave. Tous ces symptômes parkinsoniens s'exagèrent jus-

qu'à réaliser le tableau clinique que vous avez devant les yeux. Fixité, rigidité, hébétude, absence de clignements de paupières, bave s'écoulant de préférence à droite. Propulsion, latéro-pulsions légères, maladresse de la main droite, tremblement menu de la main et de la langue. Légère inégalité pupillaire. Mydriase gauche. Bons réflexes lumineux. Pas de nystagmus. Pas d'attitudes cataleptiques. Sensibilité conservée à la piqure, au froid, au chaud. R. B.-W. négative.

Etat mental : derrière le masque figé on est surpris de trouver un état mental atteint au minimum. Désir vif de s'occuper de son intérieur, de son mari et de ses enfants, aime la lecture et comprend ; suit avec ponctualité les traitements qu'on lui prescrit. Cependant elle se rend compte de son état et fréquemment elle pleure. Lorsqu'elle est inactive elle s'endort encore facilement.

Ces trois malades doivent être l'objet d'un certain examen critique. Nous acceptons comme démontré qu'ils ont eu de l'encéphalite léthargique, encore que pour tous les trois, nous ne puissions apporter, sinon des preuves, du moins de grandes précisions de diagnostic, étant donné que nous leur voyons deux ans après une affection dont nous n'avons pu observer l'évolution. Il nous semble légitime d'admettre ce diagnostic pour les raisons suivantes : Une épidémie sévissait assez intense à ce moment ; ils ont présenté tous les trois la même période aiguë de somnolence avec troubles thermiques d'une durée de 17 jours ; les séquelles, pour l'une d'entre elle au moins (syndrome Parkinsonien), sont dues certainement à une atteinte d'encéphalite. Par exclusion, enfin, ce diagnostic semble devoir être accepté, les réactions de B.-W. étant négatives. La méningite tuberculeuse, à forme somnolente, étant une forme toujours mortelle, et très rare à partir de la seconde enfance. La maladie du sommeil étant riche en autres symptômes et d'une observation peu courante dans nos climats.

Il s'agit donc bien à notre avis de séquelles d'encéphalites léthargiques. Pour les deux premiers cas, la connaissance insuffisante de ces complications tardives a laissé errer ces malheureux enfants d'ateliers en ateliers, d'écoles en écoles, leur grave état pathologi-

que n'étant pas reconnu. Une fois de plus, l'utilité des examens médicaux scolaires à ce point de vue spécial de l'activité psychique se pose ; combien de punitions et de vexations auraient pu être évitées à ces deux enfants qui par ailleurs n'ont point bénéficié à temps du traitement rationnel.

Nous sommes embarrassés enfin pour formuler un pronostic dans chacun de ces cas. Il est évident qu'il faudrait de plus longues années d'observation de cas analogues pour formuler une opinion dûment justifiable ; il nous apparaît cependant que malgré les quelques bienfaits que l'on peut attendre des traitements actuellement en honneur, le pronostic doit rester sombre dans les deux premiers cas, tout au moins, où une forme de démence juvénile nous paraît devoir être une des évolutions possibles à redouter.

DISCUSSION

M. LEGRAIN. — L'intérêt de ces cas réside à mon sens dans ce fait que l'on voit se constituer, à la suite d'une maladie aiguë, dont on commence à voir l'extrême gravité, un état de dégénérescence acquise (débilité mentale), tout à fait superposable aux classiques de dégénérescence constitutionnelle. L'encéphalite augmente la liste de ces états aigus graves qui désorganisent la cellule cérébrale en pleine évolution de développement, tels, la typhoïde, la variole, facteurs dégénératifs déjà connus.

On voit ainsi se constituer au sein d'une famille, jugée de tous points normale, un noyau premier de dégénérescence qui pourrait bien avoir ultérieurement des effets réfractés dans la descendance.

M. TRUELLE. — Ces cas sont extrêmement intéressants parce que encore mal connus ; aussi importe-t-il de les bien préciser. Généralement, on observe au cours de l'encéphalite léthargique et dans ce qu'on appelle des séquelles, des manifestations nerveuses organiques qui ne semblent pas avoir existé ici. Je demanderai donc à M. Collin de vouloir bien nous dire quels symptômes d'encéphalite autres que le sommeil a présenté cette jeune fille.

Un cas d'encéphalite épidémique à évolution chronique et à forme pseudo-bulbaire

par MM. MOURLON, Henri COLIN et J. LHERMITTE

Les récentes épidémies d'encéphalite léthargique nous ont montré combien protéiforme pouvait être le tableau clinique de cette maladie et combien longtemps aussi le virus de l'encéphalite était capable de vivre au sein du système nerveux central en présentant des phases d'exacerbations saisonnières de sa vitalité. Le cas que nous présentons aujourd'hui en est un nouvel exemple. Mais ce n'est pas en ceci que notre observation nous semble surtout digne d'intérêt ; celui-ci tient plutôt à la modalité très particulière du complexe symptomatique.



OBSERVATION. — Le 27 oct. 1921, se présentait à nous Mme C., âgée de vingt-sept ans, demeurant à Paris, conduite par son mari qui nous demandait d'examiner sa femme parce que, depuis quelques temps, il la trouvait bizarre, il la soupçonnait d'avoir des idées de suicide, elle était oublieuse dans les actes les plus habituels de son ménage, elle avait des crises de larmes sans raison, et qu'enfin, elle riait tout le temps.

L'interrogatoire nous a fait apprendre que : dix-huit mois auparavant elle avait eu un enfant, né normal et à terme ; au septième mois de la grossesse elle avait fait une encéphalite léthargique. Elle a présenté pendant 24 heures des mouvements choréiformes auxquels succéda un dérangement cérébral à base d'excitation, illusions, récits imaginaires. Elle entre alors à Lariboisière, dans le service du Dr de Massary, et après 15 jours de délire, fut somnolente pendant 15 jours, peu de temps avant l'accouchement qui s'est fait à la Maternité de Lariboisière ; ensuite, bien que guérie, elle ne se sent pas tout à fait normale : elle est très faible ; ses mouvements sont lents, maladroits ; à sa rentrée chez elle, quinze jours ou trois semaines après l'accouchement, elle est revenue dans le service de M. de Massary pendant au moins trois mois, l'idée qu'elle va avoir à soigner et nourrir son enfant la rend très malheureuse : elle le met en nourrice ; pendant un mois elle ne dort pas du

tout ; elle a des secousses myocloniques ; pendant cette période elle traverse une véritable phase d'érotisme, accablant son mari de demandes et de prévenances amoureuses ; cette phase s'est peu à peu améliorée au fur et à mesure que le sommeil est revenu, et à l'heure actuelle, le mari déclare qu'elle est devenue « indifférente ».

Pendant cet interrogatoire nous constatons que la malade est prise de fréquents accès de rire, que ses lèvres laissent échapper sa salive, que son bras droit est et reste à demi plié le long du corps.

M. C. nous raconte que deux ou trois jours auparavant elle s'est proménée le long du canal, que son attitude a paru tellement bizarre que des gens l'ont suivie et ramenée chez elle, craignant qu'elle ne se jette dedans. La malade déclare que telle n'a jamais été son intention et que si elle a été le long du canal, c'était pour s'y promener et qu'elle ne s'est pas rendue compte des raisons qui ont poussé des gens à l'éloigner du canal. Cependant, ajoute-t-elle, « comme je ris tout le temps, je me rends bien compte que tout le monde me regarde, et c'est tout naturel, puisque je ne me sens pas comme tout le monde. »

Bref, M. C. et elle-même demandent s'il n'y a pas lieu de la mettre dans une clinique des maladies mentales.

L'examen somatique nous amène à montrer cette malade à M. le Dr Colin et à M. le Dr Lhermitte qui font les constatations suivantes :

9 novembre 1921. — Au point de vue intellectuel, il y a un véritable affaiblissement : la malade avant sa maladie était caissière dans une maison de commerce : elle se dit incapable de faire la moindre addition, ou du moins elle la ferait avec tant de lenteur et d'hésitation que ce serait incompatible avec cette fonction. Elle lit lentement, mais régulièrement et normalement, son écriture qui était belle et régulière est devenue tremblée et irrégulière (voir spécimen) : le commencement de la ligne est écrit en lettres moyennes, mais les lettres vont en s'amincissant vers la fin où elles sont toutes fines.

Elle déclare que dans son ménage elle part pour faire son marché ; elle oublie régulièrement une partie de ses achats ; elle laisse facilement son portemonnaie chez elle ou chez un fournisseur ; elle prépare ses repas avec du retard et fait des oublis en les préparant.

Elle se rend absolument compte de tout cela.

Au point de vue moral, elle est à peu près normale : ce-

pendant son mari dit qu'elle semble moins s'intéresser à son enfant et à lui-même depuis quelques temps.

Au point de vue physique, elle présente l'attitude snivante : rigide, soudée, un peu pliée en avant. Le regard est fixe, les yeux grands ouverts ; elle est secouée d'un rire spasmodique presque continu ; la salive tombe des deux côtés de la bouche. Le bras droit est en demi-flexion, collé au corps, et sa main droite est constamment secouée d'un tremblement très net. Dans la marche, pas de balancement des bras. Les muscles du cou sont saillants sous la peau, surtout à droite.

Pas de troubles de l'accommodation, les réflexes lumineux sont normaux ; les pupilles sont inégales, la droite plus grande que la gauche. Pas de nystagmus.

Hypertonie des muscles du cou : sterno-cléido-mastoïdiens saillants des deux côtés ; peaucier visible et contracturé du côté droit.

Les réflexes tendineux des membres supérieurs sont vifs, surtout à droite.

Les réflexes abdominaux existent.

Hypotonie des muscles des membres inférieurs ; les réflexes tendineux sont vifs et à peu près semblables des deux côtés. Pas de signe de Babinski.

Au membre supérieur, les mouvements de pronation et de supination sont ralentis, surtout du côté droit ; de même les mouvements de flexion des doigts et de l'avant-bras.

Tremblement du type parkinsonien du côté droit ; le bras droit est à demi contracturé. On constate une ébauche du signe de la roue dentée à droite ; du tremblement des masséters.

La station sur un pied est normale.

Pas de clonus du pied.

En somme : séquelle d'encéphalite léthargique à type pseudo-bulbaire et avec symptômes parkinsonniens.

L'examen des appareils circulatoire, respiratoire, digestif, etc..., ne nous montre rien de particulier.

Il est conseillé : Repos au lit, traitement de dix jours d'injections de cacodylate de soude à 0 gr. 25 par ampoule ; quelques jours de repos ; dix jours d'injections de bromhydrate de scopolamine à un dixième de mmgr. par ampoule.

La malade est hospitalisée à l'hôpital St-Jacques où elle suit son traitement pendant un mois.

12 déc. 1921. — Amélioration sensible.

L'attitude est beaucoup moins soudée. La contracture a

énormément diminué, presque disparu dans les membres ; il persiste la contracture des muscles de la face, et surtout du sterno-cléido-mastoïdien et du peaucier droit du cou ; une légère difficulté de la mastication, sans dysphagie. Il n'y a plus de tremblement des masséters. La malade rit beaucoup moins : au bout d'un certain temps d'examen et à l'occasion des efforts, le rire spasmodique réapparaît. Elle n'a plus eu de crises de pleurs. Les réflexes tendineux des membres supérieurs sont normaux ; ceux des membres inférieurs sont plus vifs à gauche.

Pupilles : exactement comme au précédent examen. Elle salive beaucoup moins. La malade se dit améliorée au point de vue psychique : elle retient facilement ses lectures et n'a pas de difficultés pour lire. Elle pense pouvoir reprendre bientôt ses opérations de calcul. Cependant elle se plaint de cauchemars la nuit. L'écriture est restée la même.

Même traitement, mais les ampoules de bromhydrate de scopolamine sont portées au quart de mmg.

22 février 1922. — L'amélioration est moindre.

La malade mastique mal, lentement, difficilement ; elle refoule les aliments avec les doigts ; elle ouvre mal la bouche, surtout à droite. Elle s'est remise à saliver plus abondamment. Le masque est figé, stéréotypé en attitude du rire. La contracture du peaucier et du sterno-cléido-mastoïdien est nette à droite.

Les mouvements alternatifs sont difficiles : difficultés à remonter sa montre.

Pas de changement du côté des réflexes. En somme la contracture ne s'est pas développée aux membres, mais persiste nettement à la face et au cou.

Même traitement.

29 mars 1922. — La difficulté d'ouvrir la bouche existe encore ; les masséters présentent moins de raideur qu'au dernier examen.

Attitude moins raide, moins soudée, masque moins figé. Le rire spasmodique est moins fréquent, la malade signale que quand elle a froid, elle rit davantage.

Les muscles du cou sont moins contracturés ; mêmes symptômes du côté des réflexes (yeux et membres).

Il y a une amélioration sensible sur le précédent examen.

Même traitement, — la malade ne rentre pas à l'hôpital mais va partir chez sa sœur à la campagne.

24 mai 1922. — La sœur de la malade signale : Son manque d'initiative. Son amnésie. Sa bonne volonté : quand elle lui commande de faire une chose, elle s'efforce de la faire ;

pour les commissions il lui faut être munie d'une liste écrite. Elle s'efforce de se rendre utile : elle aide aux soins du ménage, cherche à coudre.

La sialorrhée se manifeste non quand elle mange, mais pendant qu'elle travaille ; elle est tellement manifeste qu'un enfant tout jeune lui fait remarquer souvent : Tante, tu baves, — la maladresse de la main droite persiste : il y a quasi-impossibilité de « faire les marionnettes » ou le mouvement d'adieu des enfants : adiadocinésie à droite.

Les réflexes sont plus vifs à gauche au membre inférieur. Les réflexes massétéris sont un peu vifs.

Pas d'hypertonie aux membres inférieurs. Hypertonie au membre supérieur droit avec signe de la roue dentée très net à droite, plus léger à gauche.

Hypertonie des sterno-cléido-martoïdiens. Contracture du peaucier droit, dans l'ouverture de la bouche.

Langue tirée incomplètement.

Tremblement parkinsonien à droite, très manifeste dans les mouvements volontaires,

Le tronc et le cou sont encore un peu rigides. Enfin le rire spasmodique persiste, moindre.

Pas de catalepsie.

A la fin de cet examen, la malade déclare que depuis quelques temps elle est reprise d'envie de dormir : « Je m'endormirais dans la rue, même en marchant ».

Nous avons pu examiner le fils de notre malade. Il vint à terme, pesant 3 kg. 500. Il n'augmenta que de 200 gr. en 6 mois. Bien qu'ayant 26 mois, il ne marche que depuis peu de temps et encore avec une certaine incertitude. Sa dentition est en retard. C'est un enfant nerveux, sujet à de courtes colères. Tout l'entourage s'accorde à le trouver très intelligent.

Ainsi que nous venons de le montrer, cette malade, âgée de 28 ans, fut atteinte d'encéphalite myoclonique et choréique en avril 1919, alors qu'elle était enceinte de 7 mois. Pendant la période aiguë, au désordre musculaire s'associa une agitation psycho-motrice à type de délire onirique, avec hallucinations, laquelle dura pendant 15 jours. Puis, à cette agitation assez violente, succéda un état de somnolence prononcée qui persista durant une quinzaine de jours. L'accouchement survint à terme, sans complications. La malade semblait ainsi en voie de convalescence lorsque, 15 jours après ses

couches, elle fut prise de délire érotique passager, puis de troubles apparents de l'intelligence, de l'affectivité et de la mémoire. C'est à cette époque que le mari remarqua, chez sa femme, une indifférence très surprenante, associée à une conduite étrange. Cette femme qui, autrefois, s'intéressait à son ménage, ne s'occupe plus de rien, oublie d'acheter les provisions indispensables ; lorsqu'elle sort, elle oublie de rentrer, elle ne sait plus le motif qui l'a déterminée à sortir. Par un contraste étrange, dit le mari, ma femme se rend parfaitement compte du changement profond de sa conduite et de la diminution de ses facultés psychiques.

Bientôt, les troubles physiques et psychiques obligent la malade à renoncer à son métier de caissière. Depuis le 27 octobre 1921, époque de notre premier examen, l'état de notre malade ne s'est pour ainsi dire pas modifié.

Contrairement à ce que laisserait supposer l'expression béate de la physionomie, le rire stéréotypé, presque permanent, l'immobilité de la partie supérieure du masque facial, l'attitude indifférente, l'absence complète de toute mimique faciale ou gesticulatoire, l'état mental n'est que peu troublé. La malade a conservé parfaitement sa sensibilité affective, ses facultés de jugement, de raisonnement demeurent intactes ; peut-être seulement les opérations intellectuelles seraient-elles ralenties (le calcul est certainement plus difficile qu'autrefois) ?

L'akinésie spontanée apparaît extrêmement accusée et la malade demeure inerte pendant des heures sur un siège. Ce manque d'initiative cinétique s'associe à la perte des mouvements élémentaires automatiques. Fait à remarquer, l'*hypertonie* se montre *discrète* et limitée aux muscles du cou et des membres supérieur et inférieur droits, — cette discordance entre l'exaltation du tonus musculaire et l'akinésie nous semble à signaler de nouveau ici, car c'est dans l'encéphalite épidémique, que cette incongruence est le plus accusée.

Tous les mouvements volontaires sont exécutés lentement, comme à regret ; de plus, certains actes entraînent la contraction des muscles qui normalement ne

participent que peu ou même pas du tout au mouvement supposé. C'est ainsi que l'ouverture de la bouche s'accompagne, même lorsqu'elle est modérée, de la contraction très manifeste des peauciers du cou et des sterno-mastoïdiens.

Les perturbations de la motricité ne se limitent pas à la musculature des membres de la face et du tronc, mais s'étendent aussi à celle du pharynx, du larynx, de la langue et des lèvres. Ici, tout de même que pour les membres et le tronc, les mouvements élémentaires s'effectuent lentement, mais correctement, tandis que les mouvements d'ensemble laissent apparaître des modifications très évidentes. Ainsi qu'on a pu le voir, la parole de notre malade est lente, monotone, sans couleur, parfois même, après une émotion ou par la fatigue, embrouillée.

La déglutition, elle aussi, est troublée, de même que l'insalivation et la mastication. Au cours des repas, et même dans leur intervalle, un filet de salive s'écoule des commissures labiales et la malade déclare que le broyage des aliments et leur insalivation sont devenus difficiles.

En face de ces symptômes positifs, d'ordre moteur, viennent s'opposer par un saisissant contraste les *constatations négatives*. Nous ne pouvons pas, en effet, ne pas rappeler que, chez notre malade, tous les signes expressifs d'une lésion pyramidale font défaut, que jamais nous n'avons observé de perturbations des réflexes cutanés et que la réflexivité tendineuse est à peine modifiée ; que la sensibilité, la vaso-motricité, la trophicité sont parfaitement normales. Tous ces faits positifs et négatifs imposent donc le diagnostic de localisation des lésions encéphaliques. Sans nul doute, celles-ci atteignent cette partie du système extrapyramidal, dont un grand nombre de travaux récents nous ont montré l'importance : le corps strié.

Il s'agit donc, dans notre fait, d'une *encéphalite à localisation striée*, avec prédominance sur le système pallidal, puisque les mouvements involontaires sont complètement absents et que le tremblement de la main droite est à peine ébauché et très fugace. Ce cas

vient donc s'ajouter à ceux qui ont été déjà publiés en assez grand nombre et qui démontrent la fréquence de la localisation pallidale du virus de l'encéphalite. Après d'autres auteurs (Trétiakoff et Bremer, Economo), Lhermitte et Français récemment montraient combien pouvaient être intenses les lésions du système strié dans l'encéphalite épidémique à évolution prolongée et par quels signes indiscutables s'avérait encore manifeste la réaction inflammatoire au sein des noyaux de la base de l'encéphale.

Un des points les plus curieux de notre observation tient, croyons-nous, aux symptômes « pseudo-bulbaires » que présente si manifestement la malade. Nous n'y reviendrons que pour montrer l'intérêt de cette symptomatologie si on la confronte avec la localisation anatomique de l'encéphalite.

Elle est un nouveau témoignage de la réalité de la thèse soutenue après Brissaud par C. et O. Vogt, Lhermitte, savoir que, à côté de la paralysie pseudo-bulbaire consécutive à la destruction des fibres cortico-ponto-bulbaires, il y a place pour une autre forme de pseudo-paralysie bulbaire liée à la destruction du système strié.

Avant de terminer notre exposé, nous voudrions dire un mot au sujet du pronostic de l'encéphalite épidémique à forme prolongée et à localisation pallidale. D'après ce que nous ont appris tous les travaux parus depuis 3 ans, il ressort que l'avenir des malades porteurs de telles lésions reste des plus sombres, malgré les rémissions spontanées et les apparentes régressions d'ordre thérapeutique. Notre malade n'a pas échappé, malheureusement, à la loi commune, et après un semblant d'amélioration, l'état des symptômes demeure sensiblement le même que voici bientôt deux ans. Différents traitements ont été mis en œuvre, et, comme à d'autres auteurs, ceux qui nous ont paru présenter le plus d'efficacité ont été le cacodylate de soude à doses élevées (2 gr. 50 par semaine) et la scopolamine.

DISCUSSION

M. TRUELLE. — A-t-on essayé chez ce malade l'auto-sérothérapie ?

M. LHERMITTE. — Non. J'ajoute à ce que je viens de dire que le pronostic est extrêmement réservé.

M. MIGNARD. — Avec une telle mimique, on peut se demander si l'affectivité n'est pas troublée.

M. BRIAND. — Quelle a été la durée du délire ?

M. LHERMITTE. — Environ un mois.

M. BRIAND. — Il est intéressant de noter chez ces malades le caractère intermittent du délire onirique ; très souvent, en effet, dans des cas analogues, j'ai constaté des intervalles lucides de durée variable, parfois même l'onirisme ne se produit que la nuit. Il y a de même une très grande mobilité dans les manifestations maniaques.

M. CLAUDE. — Les variations de l'état onirique en pareil cas sont en effet très curieuses. J'ai montré, dans mes cours, une malade qui évolue vers le type parkinsonnien et qui, tantôt le matin, tantôt l'après-midi, présente pendant deux heures environ un état onirique, sans autre signe de confusion mentale par ailleurs.

M. COLIN. — Il y a chez cette malade une particularité remarquable : c'est l'affaiblissement intellectuel dont elle a conscience.

M. TOULOUSE. — Il convient de relever dans ces communications un fait important : c'est que presque toutes les formes mentales ont été signalées. Et comme, le plus souvent, on connaît ici le siège des lésions, peut-être pourra-t-on utiliser davantage cette maladie pour préciser la localisation de certains troubles mentaux. Dès aujourd'hui, on constate que la lésion anatomique se trouve d'ordinaire dans la sphère où l'on situe l'expression des émotions. Il serait donc utile de mieux analyser chez ces malades la nature des troubles affectifs. Souvent encore chez eux il est question d'amnésie ; nouveau point qu'il faudrait étudier de très près pour connaître exactement les caractères de cette amnésie.

Au point de vue thérapeutique, je voudrais attirer l'attention sur les résultats que donne l'emploi du nucléinate de soude, notamment au point de vue de la rigidité musculaire.

Crises d'anxiété paroxystiques chez un obsédé avec délire de doute métaphysique

par le professeur Henri CLAUDE et A. BOREL.

Voici tout d'abord l'observation du malade :

Th. est un homme de 61 ans.

Le 28 avril 1922, il s'est spontanément présenté au Commissariat de Police de son quartier et y a tenu des propos incohérents, déclarant en particulier qu'il ne savait ni son nom, ni son âge, ni dans quelle rue il habitait. Dirigé sur l'Infirmerie spéciale, il ne répondit bientôt plus aux questions posées, et finit par s'enfermer dans un mutisme complet. C'est dans cet état qu'il arriva, le 30 avril au service de la Clinique. C'était son 3^e internement.

A l'Asile cette attitude d'opposition et de mutisme se dissipèrent rapidement. Après quelques sollicitations Th. voulut bien s'expliquer et voici l'histoire de ce malade telle que nous avons pu la reconstituer.

Th. ne croit pas au monde extérieur. Il a la conviction qu'il se débat au milieu d'apparences qui « n'ont pas plus de réalité que des images de Cinéma. » Il y a maintenant plusieurs années que cette croyance s'est imposée à son esprit. De tous temps, d'ailleurs, il s'était préoccupé des grands problèmes métaphysiques, et l'impossibilité où il était de les résoudre, le laissait, dès sa jeunesse, dans un état d'insatisfaction pénible, lui apportant même parfois une certaine anxiété. Th. n'a pourtant fait que des études primaires. Il est le fils de cultivateurs. Mais sans être à proprement parler un autodidacte, il a lu quelques livres de vulgarisation.

Il a fait de nombreux métiers. Après avoir abandonné la culture, il devint tour à tour palefrenier, valet de chambre, garçon de restaurant. De plus, il changeait fréquemment de place. Plus tard, il s'établit à son compte. Mais là encore, son instabilité se manifeste ; il va d'un quartier à l'autre, et d'abord débitant de vins, devient marchand de bouteilles, hôtelier, etc...

Sa vie sentimentale présente le même caractère. Il s'est marié trois fois. Rapidement Th. s'apercevait que sa compagne n'était pas ce qu'elle aurait dû être, où ce qu'il aurait voulu qu'elle fût. De là des scènes, allant jusqu'à des

violences, et le divorce s'ensuivait. Et pourtant que d'hésitations il avait eues chaque fois, avant de se décider au mariage !

En 1911 il vivait depuis 4 ans avec sa 3^e femme. La vie commune commençait à devenir difficile. Des disputes fréquentes survenaient pour des raisons futiles. Il se sentait exaspéré. Ses affaires marchaient mal et il en rendait sa femme responsable. Pour un motif sans importance, un soir une vive discussion survint dans le ménage. Un locataire de la maison attiré par l'éclat des voix vint frapper à la porte, les priant de se modérer. Cette ingérence non motivée dans ses affaires privées déclencha la colère de Th. Une bataille s'engagea au cours de laquelle Th. fut rossé sous les yeux de sa femme. Furieux, il courut chercher un revolver, « chargé à blanc », affirme-t-il, et tira sur le fâcheux, qui disparut. Mais sa femme elle-même prise de peur et craignant de lui voir tourner son arme contre elle profitait de la poursuite engagée par Th. pour s'enfuir à son tour et abandonner le domicile conjugal.

Ce fut cet épisode, agissant à la façon d'un choc émotionnel, qui chez notre malade déclencha les troubles mentaux.

A la suite de cette scène, en effet, un état anxieux s'installa progressivement, accompagné de quelques idées mélancoliques. Peu à peu l'angoisse devint telle que pour en finir Th. décida de se suicider. Il fit une première tentative : il essaya de s'asphyxier avec du charbon de bois. Mais, hésitant, il prévint le Commissaire de police de son quartier, en sorte qu'il avait à peine allumé son réchaud qu'on venait déjà le délivrer. Il en fut quitte pour un début d'intoxication et quelques jours passés à Cochin. Cependant l'état anxieux persistait. L'idée de suicide ne le quittait pas. Le jour-même de sa sortie de l'hôpital, au lieu de rentrer chez lui il alla se promener sur les bords de la Seine. Puis, après quelques hésitations, se jeta à l'eau. Une barque qui passait le repêcha sans peine, et il semble bien qu'il ait fait son possible pour faciliter son sauvetage. Conduit à l'Hôtel-Dieu, il fut hospitalisé dans le service des délirants : il y séjourna quelques semaines. « Là — dit-il — ses idées changèrent », son agitation se calma. Le sommeil revint, et ce fut tout à fait rasséréné qu'il quitta l'hôpital : « décidé à se refaire une nouvelle existence. »

Il parvint facilement, en effet, à liquider ses affaires et à trouver une autre boutique dans un nouveau quartier. Ce-

pendant quelque chose avait changé, dont il se rendait mal compte. Insensiblement les choses, autour de lui, lui semblaient prendre un caractère bizarre, les passants ne lui paraissaient plus naturels, leurs gestes devenaient étranges. Faisait-on des allusions à sa vie passée ? Un moment il le pensa. Ce qui dominait surtout c'était le caractère artificiel de ces gens et de ces choses. « Tout cela n'est qu'une comédie » se disait-il. — Mais il hésitait à se laisser aller à cette idée naissante. Pourtant les faits s'accumulaient. Devant sa maison, un homme, puis une femme portèrent la main à leur front. Cela devait avoir une signification. « Peut-être je pense à toi ? » « Mais pourquoi s'intéresse-t-on à un personnage aussi mince que lui. Était-il un autre sans le savoir ? » Ces questions posées sans cesse, l'angoissaient. Et d'autre part il remarquait bien qu'elles lui venaient à l'esprit à de certains moments, durant des périodes où il se sentait las, fatigué, déprimé. Dans ce même temps, continuant son habitude ancienne, il songeait aux grands problèmes de l'existence. Il cherchait à s'expliquer les énigmes de l'univers, sans y parvenir. « Mon esprit se heurtait contre un mur. » Ces pensées, certains jours, prenaient un véritable caractère obsédant, empêchant tout sommeil, et amenant un état d'inquiétude pénible. D'ailleurs dans ces mêmes périodes survenaient des phénomènes du même ordre : des doutes l'assaillaient au sujet des choses les plus banales ; lettres peut-être non affranchies, ou mises dans une autre enveloppe ; porte mal fermée...

Il comprenait qu'il fallait lutter contre ces pensées étrangères, et remarquant leur force accrue par la solitude, il usait pour s'en débarrasser de distractions multiples, théâtres, concerts, sorties avec des amis, ec...

De 1911 à 1915, plusieurs crises semblables se succédèrent à des intervalles plus ou moins rapprochés, et qui furent de durée variable. Aucune ne fut très marquée. Entre les crises, il oubliait ses idées, était gai, bon vivant, et s'occupait normalement de son travail. De temps en temps il faisait quelques excès d'alcool, mais il affirme n'avoir jamais été buveur.

En avril 1915, une crise plus forte survint avec les mêmes caractères. Ce fut d'abord une inquiétude vague, sans cause ; en même temps il se sentait devenir irritable, agité. Autour de lui les choses reprenaient cet aspect étrange, irréel qu'il avait déjà plusieurs fois constaté. Dans les journaux où l'on ne parlait que de la guerre, il était frappé de noter

du jour au lendemain de multiples contradictions. Cet état d'anxiété s'accrut. Un soir son angoisse fut telle qu'il ne put rester chez lui, et sortit pour se rendre compte de « ce qui se passait ». Il avait lu le jour même que telle ou telle denrée manquait. Aux Halles où il se rendit il constata le contraire. De même les magasins devant lesquels il passait regorgeaient d'objets que les journaux affirmaient ne plus exister qu'en nombre restreint. En même temps son sentiment d'étrangeté des choses s'intensifiait. Brusquement ce fut une révélation. « Tout ce que l'on raconte est faux, s'écria-t-il. La guerre n'est qu'un bateau. Rien n'existe. Tout n'est qu'apparence. » Epouvanté de cette découverte, il ne put dormir, erra toute la nuit et le lendemain se rendit au Commissariat le plus proche, anxieux, pour demander des explications. Devant l'incohérence de ses paroles, il fut envoyé à l'Infirmerie spéciale et de là à Villejuif où il séjourna d'août à novembre 1915.

Là, le calme revint rapidement. L'angoisse disparut, en même temps que cette impression d'étrangeté des choses. Parallèlement ses idées de doute sur la réalité du monde diminuaient et perdaient leur caractère obsédant. Pourtant il les sentait persister en lui, prêtes à reparaître.

Sorti de l'Asile, il reprit sa boutique de débitant. « J'étais de nouveau normal ». Et de 1915 à 1919, en effet, aucune crise ne se produisit. Une à deux fois par an cependant, sans cause appréciable, une crise à peine ébauchée se manifestait, toujours marquée maintenant par un retour des idées de doute métaphysique, et toujours aussi par le même caractère obsédant. Mais aussitôt il luttait par le moyen de distractions multipliées, et n'avait pas de peine à gagner la partie.

En 1919, un nouvel accès survint, plus violent, et accompagné cette fois de deux tentatives de suicide. « Je sentais « que j'étais repris, constata-t-il lui-même, je ne pouvais « penser à rien autre, je ne prêtai aucune attention à ce « que l'on me disait. J'oubliais les commandes faites, si je « ne les marquais pas aussitôt. » En même temps revenait le sentiment d'irréalité des choses ; les passants lui semblaient des automates. L'angoisse augmentant de plus en plus, le 3 juillet une impulsion le saisit : « Il faut me suicider » et il passe immédiatement de l'idée à l'acte. Il va jusqu'à la Seine par un chemin qui lui paraît étrange, et se jette à la rivière, mais choisit pour cela l'endroit où l'on baigne les chiens. Il n'avait de l'eau que jusqu'aux genoux.

Des passants lui tendirent la main et il remonta sur la berge où un agent le recueillit, et l'emmena au poste. Mais son geste ayant été pris pour celui d'un ivrogne, il fut, après une semonce, relâché quelques heures après. Son premier soin, dit-il, fut de se brosser soigneusement et d'aller s'acheter un chapeau, le sien ayant été emporté par l'eau. Un brusque et nouveau changement s'était fait en lui depuis sa tentative, peut-être la simple joie de se retrouver bien vivant. Il se rendit dans un restaurant, y rencontra une femme facile, et s'en fut au théâtre avec elle. Il se sentait parfaitement heureux. Or, dans la pièce jouée, un personnage à un moment dit au cours d'une réplique : « Avoir de la volonté ! et faire ce que l'on veut ! Il suffit de savoir vouloir ». Cette simple phrase suffit à ramener toutes les idées de Th. Mais en même temps, elles lui semblaient prendre un sens plus profond. « Ce monde n'est qu'apparence, signifiait-elle, mais on peut le transformer à son gré. Il n'y a qu'à vouloir. » Et la représentation terminée allant dans un café, Th. prit une consommation, et partit sans la payer. Puis ayant passé la nuit dans un hôtel « très chic » avec sa compagne, il sortit un instant le lendemain matin, décidé maintenant à jouer avec les apparences selon son bon plaisir. Mais de nouveau, choses et gens lui semblent tout à coup étranges ; il a l'impression d'être dans un monde qu'il n'a jamais vu. Et ce sentiment est si fort qu'il ne peut reconnaître l'hôtel où il avait couché. Alors, se sentant perdu, en un lieu énigmatique, il devient anxieux : « Je sentis que je n'avais plus qu'à disparaître, et à quitter ce monde qui n'existe pas. » Un moment après il était sur le bord de la Seine, et déposant soigneusement son pardessus sur la rive se jetait une fois de plus à l'eau. Un marinier le repêcha encore, mais remis aux agents, il fut cette fois conduit à l'Infirmerie spéciale, puis dirigé sur St-Anne. Comme lors de son précédent internement une amélioration rapide se produisit et 3 mois après il était remis en liberté.

Depuis cette époque et jusqu'à ces derniers mois, les mêmes alternatives se sont reproduites. De nouvelles crises tout aussi légères se sont succédées à raison de 2 à 3 par années. Th. a encore employé les mêmes moyens de défenses. Mais depuis son 2^e internement sa croyance à la non-existence du monde est totale. Seulement, en général « il n'en souffre pas », il ne comprend pas le pourquoi des choses ? Tant pis. Et le plus souvent il y pense sans émotion. Il a même institué de véritables expériences pour se convaincre de la

valeur de ses doutes. Il sait que l'on dit : « il y a des voleurs. » Laissant plusieurs nuits sa porte et son tiroir ouverts, il constate qu'on ne l'a jamais dévalisé : « Donc il n'y a pas de voleur » conclut-il. Il va dans des lieux « mal famés, considérés par tous comme très dangereux. Il ne lui arrive rien. « Autre preuve. — Mais alors, raisonne-t-il, si « les voleurs n'existent pas, il n'y a pas de raison pour « que les honnêtes gens existent davantage. Donc ils « n'existent pas non plus. »

Il serait trop long d'énumérer les différentes preuves péremptoires qu'il s'est ainsi créées. Et sa doctrine se constitue : Rien n'existe, sa propre existence ne lui paraît de même pas démontrée. La vie et la mort ne sont que des mots.. D'ailleurs, peut-on mourir quand on n'existe pas ? Et il prend argument de ses 4 suicides manqués pour se convaincre qu'il ne pourra jamais mourir.

Ce n'est qu'au début d'avril dernier, qu'une dernière crise anxieuse, très marquée, se reproduisit, absolument semblable à celles que nous avons décrites. Après une période de lutte active, Th. dut abandonner son travail, qu'il ne pouvait plus assurer. Il renvoya ses derniers clients, après les avoir servis, en refusant d'accepter leur argent, « leur apparence d'argent » disait-il. L'irréalité des choses lui devint de nouveau manifeste et ses idées de doute reprirent leur activité obsédante. La veille de son internement il se rendit chez un bijoutier et commanda pour 100.000 fr. de bijoux, des « apparences de bijoux ». Puis dans un restaurant, il refusa de payer son dîner. Finalement il arriva au Commissariat de son quartier, anxieux, ne sachant où il se trouvait. « J'étais comme la feuille au vent » disait-il. « Comment vous appelez-vous lui demanda-t-on ? — Je ne sais pas, répondit-il. » Il regardait autour de lui anxieusement. Tout paraissait étrange « sans relief, comme des images de cinéma ». Il ne savait plus s'il était lui-même ou un autre, si même il était jamais né, si tout ce qu'il voyait et entendait n'était point que « la répétition générale d'une farce bizarre. »

A l'Infirmerie spéciale où il fut bientôt amené, il ne répondit à aucune question. « A quoi bon, pensait-il ? Puisque rien n'existe ? »

Entré au service de la Clinique le 30 avril, son mutisme, ainsi que nous l'avons déjà dit se dissipa rapidement. Et il nous a longuement expliqué ses doutes. « Je ne puis m'empêcher de penser à ces choses. » Toute angoisse a dis-

paru dès même son entrée. Mais le caractère obsédant de l'idée persiste. Th. le sait et s'en rend compte. Aussi nous a-t-il demandé de travailler, afin de se distraire : « J'ai besoin de rester ici quelques temps, nous dit-il. Je sens bien que je ne suis pas encore guéri, et que si je sortais maintenant, mes idées me pousseraient à quelque nouvelle folie. » Malgré ces déclarations, il ne met cependant pas en doute leur valeur, et reste persuadé de l'irréalité du monde.

Physiquement, rien à signaler.

Il nous a semblé intéressant de rapporter cette observation avec quelques détails. Plusieurs points, en effet, nous paraissent devoir retenir l'attention. Nous noterons d'abord l'apparition tardive de l'affection : notre malade avait 50 ans lorsque les premiers troubles ont commencé. Le début, d'autre part, a été consécutif à un véritable choc émotionnel qui paraît bien avoir été, on ne saurait dire la cause, du moins l'occasion qui a permis aux accidents de se déclancher. Quant au syndrome présenté par Th., on a vu qu'il était essentiellement formé par un état constitutionnel. Th., en effet, a toujours été un instable, un émotif, un hésitant, au caractère mobile et changeant ; sur ce fond de déséquilibre congénital, sont apparues, à la suite d'une première crise motivée par le choc que nous avons dit, des idées obsédantes de doute métaphysique avec paroxysmes anxieux. Les sentiments d'étrangeté, d'irréalité, de jamais vu, qui accompagnaient et conditionnaient ces crises, ont été trop souvent signalés, chez de tels malades pour qu'il soit utile d'en discuter ici la valeur.

Toutefois, malgré cette évolution par crise paroxysmique, si caractéristique de l'obsession, nous voyons chez notre malade l'idée obsédante persister peu à peu entre les paroxysmes, d'abord sous forme dubitative, puis, progressivement, devenir continue, et entraîner une véritable conviction. Il y a là, semble-t-il, un passage peut-être encore incomplètement franchi entre l'obsession et l'idée fixe. Un état délirant systématique paraît bien s'être ainsi établi chez Th., état provoqué par l'intensité même des sentiments d'irréalité et

d'étrangeté du monde, lors des paroxysmes. Notre malade réagit ainsi, à la manière d'un délirant halluciné, qui entendant des voix, par exemple, ne peut douter de leur réalité, tant celles-ci lui paraissent nettes. C'est la répétition, la continuité du phénomène morbide qui finit par engendrer la conviction absolue.

D'ailleurs, certaines des réactions présentées par Th., en particulier, ces expériences faites pour se démontrer le bien-fondé de ses doutes, ces raisonnements compliqués et nettement paralogiques, échafaudés dans le but de s'expliquer ce qu'il ressent, ces réalisations commencées : achat de bijoux qu'il ne paye point, etc... appartiennent plus aux systématiques qu'aux simples obsédés. Notons, au reste, que ces dernières notions n'existent que depuis relativement peu de temps et ne sont apparues que postérieurement au deuxième internement de Th. Il faudrait, sans doute, observer longuement ce malade, que nous n'avons jusqu'à aujourd'hui étudié qu'au cours d'un paroxysme, et attendre, avant de conclure, le retour d'une période de calme.

Enfin, il n'est pas sans intérêt de noter les quatre tentatives de suicide présentées par Th. Il est rare, en effet, de voir les paroxysmes anxieux des obsédés aller jusqu'à cette extrémité. Mais nous ferons observer que chez notre malade ces tentatives ont toutes quelque chose de bizarre, d'incomplet. Aucune d'entre elles n'a réussi. Toujours, en somme, Th. a mis toutes les chances possibles de son côté pour ne pas aller jusqu'au bout. La première fois, il prévient le commissaire. Les autres fois, il se jette à la Seine, soit à un endroit où il n'y a que très peu d'eau, soit après avoir ostensiblement déposé son pardessus sur la rive, soit enfin au moment où passe un bateau. Et quand les sauveteurs arrivent, il s'aide autant qu'il le peut. Ainsi retrouve-t-on, jusque dans ces tentatives, la marque de l'état mental hésitant, oscillant des obsédés.

On pourrait peut-être se demander si la sincérité du sujet est absolue. Ce récit qu'il nous fit, relativement à ses doutes sur la réalité du monde extérieur,

ces tentatives de suicide, sans conviction apparente nette, pourraient laisser supposer qu'une certaine fantaisie inspira les paroles et les actes du malade. Lorsque nous considérons, dans son ensemble, la série de ces actes, qui pris isolément peuvent paraître suspects, nous voyons qu'on a bien l'impression qu'ils sont tous l'expression d'une tendance systématique chez un sujet dont les oscillations de l'état obsédant ont seulement varié. Ceci posé, une autre question peut être soulevée, et qui est d'un intérêt pratique, c'est l'interprétation qui pourrait être donnée, au point de vue médico-légal à des faits de l'ordre de ceux que nous avons relatés. Chez Th., la répétition des manifestations a suffi à convaincre même de leur caractère pathologique les personnes incompetentes, mais dans d'autres circonstances, et surtout en raison de la réticence manifestée au début par le sujet, une interprétation différente aurait pu être fournie de la nature des actes délictueux commis par notre malade.

DISCUSSION

M. ARNAUD. — Cet homme paraît présenter un peu plus qu'une ébauche de délire métaphysique ; sa conduite est influencée par ses idées. Que va-t-il devenir ? Deux voies semblent possibles : soit vers une psychasthénie caractérisée, soit vers le syndrome de Cotard ; la conservation de l'activité intellectuelle n'est pas en faveur de cette hypothèse.

M. CLAUDE. — Cette observation présente deux faits intéressants : 1° des réactions médico-légales un peu surprenantes et qui pourraient faire penser à la mystification si cette hypothèse n'était contredite par la fréquence des récidives : poussé par le désir obsédant de vérifier l'irréalité du monde extérieur, il se livre à des actes antisociaux et à des tentatives de suicide ; 2° ce sentiment d'irréalité du monde extérieur et de sa propre personnalité s'est développé sur un état psychasthénique de douteur, joint à un état cyclothynique avec alternatives d'hypersthénie et d'hyposthénie.

Mélancolie consécutive à une fracture du crâne

par MM. H. COLIN, LHERMITTE et G. ROBIN

L'observation que nous rapportons nous a paru intéressante à plusieurs titres :

Il s'agit d'un cas de mélancolie délirante dont l'évolution se rattache manifestement à une fracture de la voûte du crâne par blessure de guerre. Contrairement à ce qu'on aurait pu attendre au cours des dernières hostilités, la mélancolie franche, consécutive aux traumatismes du crâne a été peu signalée. Nous reviendrons plus loin sur ce point, en insistant sur la localisation des lésions.

Malgré quelques irrégularités dans l'évolution, l'affection n'avait pas tendance à la guérison. La mort par maladie intercurrente, 6 ans après l'internement, ne fit vraisemblablement qu'en interrompre la chronicité.

Enfin, il est assez rare de pouvoir pratiquer l'examen complet du cerveau chez les anciens traumatisés du crâne et ce sont ces données histologiques que nous pouvons vous apporter.

M. en 1914, est âgé de 41 ans. Les renseignements de sa femme sur les antécédents pathologiques de son mari et de sa famille sont péremptoirs : Personne n'a présenté de troubles mentaux, son mari n'a jamais été malade, il a cinq frères en parfaite santé. Lui-même se montrait régulier dans son métier de maçon et n'avait pas d'habitudes alcooliques. C'était un époux modèle.

Mobilisé le 23^e jour de la guerre, il part avec enthousiasme, rejoint le 19^e Territorial à Falaise. Après un séjour de deux mois dans son dépôt, il est dirigé sur la Marne, puis sur l'Yser.

Le 9 mai 1915, il est blessé à la région fronto-pariétale droite par une balle qui ne pénètre pas et fracture le frontal au niveau de la suture. Il reste trois jours dans le coma, subit à l'ambulance un grattage sans anesthésie, reste du 10 mai au 10 août à Nogent-le-Rotrou où l'on constate une

fistule crânienne et une surdité due à la commotion. Sa femme est venue le voir quatre jours après l'accident. Il ne présentait pas de confusion mentale. Il était levé. Transféré à Clermont-Ferrand, il reçoit une convalescence de deux mois. Au bout de quinze jours, il se fait porter malade à son domicile.

Il a des tremblements de la face, des vertiges quotidiens qui l'obligent à rester couché. Il voit des mouches volantes devant ses yeux et se plaint d'une céphalée frontale, bien localisée. C'est alors qu'éclatent les premiers signes de la mélancolie. Il croit déshonorer sa famille et contribuer à sa perte. Sa femme ne trouvera plus de travail, on ne recevra plus son fils à l'école. Lui-même sera fusillé ou renvoyé au front. Mais il le mérite. Ses paroles seront reproduites dans tous les journaux et il supplie que ce déshonneur lui soit épargné. Il prétend qu'on a envoyé à sa femme des lettres anonymes qui lui reprochaient de chercher à le tromper pendant son absence.

Il est transporté à l'hôpital Bégin où le 28 octobre 1915 on constate à deux travers de doigt, à droite de la ligne médiane, une cicatrice de la dimension d'une pièce de deux francs qui n'a pas l'aspect d'une cicatrice chirurgicale et qui est adhérente à l'os sous-jacent. De l'hôpital Bégin il est conduit au Val de Grâce où il essaie de se jeter par la fenêtre. Sa tentative de suicide échoue. Il entre à l'Asile de Villejuif le 1^{er} novembre 1915, en proie au délire lypémaniaque.

Plus triste, plus préoccupé que jamais, secoué de tremblements par intervalles, il s'accuse d'être un cochon, d'avoir volé au régiment et à l'école. « Vous devez le savoir, ajoute-t-il, c'est parce que mes camarades m'ont dénoncé que je me suis rendu ici dans cette prison. Je suis un misérable. Tout me faisait envie et je n'avais droit à rien... »

Il a quelques idées de persécution entrecoupées de violentes crises de larmes. Il gémit : « Ma pauvre femme, mon pauvre fils... », et faisant allusion à sa tentative de suicide : « Si seulement ça m'avait tué... Vous pouvez ajouter que si j'ai fait ça, c'est de la faute à ma belle-mère et à ma belle-sœur ». Il ne peut pas dormir. Les gardiens font exprès de l'en empêcher. Du reste, ils ont raison, puisqu'il mérite d'être puni.

Pendant l'année 1916, il s'occupe à la cuisine; mais d'une manière très irrégulière. Il pleure et se lamente sans cesse. Il faut insister pour le faire manger. Il reste debout conti-

nuellement et refuse de s'asseoir. Il se trouve indigne d'avoir un lit.

Cette situation loin de s'améliorer persiste en 1917 et dès la fin de 1918, les manifestations délirantes font place à un état voisin de la stupeur dont l'aggravation devait se prolonger en 1919, 1920 et 1921 jusqu'au moment de la mort. Le malade se tient inerte, immobile, dans une attitude humble et repliée. Un des rares gestes qu'il accomplit spontanément consiste à frotter par intervalles son pouce droit contre l'index. Il se laisse guider comme un enfant et se montre docile aux déplacements qu'on lui impose. Mais il n'irait pas de lui-même au réfectoire. Il faut l'y conduire et à table, le forcer à prendre sa nourriture qu'il n'a jamais nettement refusée. Il garde la tête basse, le visage douloureusement contracté. Aucune sollicitation ne le fait regarder en face. A peine s'il répond par monosyllabes, par oui ou par non quand on le presse de questions. Encore le fait-il d'une voix imperceptible. Au cours d'un érysipèle de la face, au début de 1921, jamais nous ne l'avons entendu se plaindre, ni demander quoi que ce soit. Depuis cette affection, l'haleine était fétide et à plusieurs reprises nous avons trouvé de l'acétone dans les urines.

A la suite d'une entérite dysentérique, le malade meurt le 26 septembre 1921, à l'âge de 48 ans, après 6 ans d'internement.

A l'autopsie, au niveau de la partie supérieure de la suture fronto-pariétale on trouve une cicatrice de la dimension d'une pièce de deux francs, adhérente à l'os sous-jacent. La table externe de l'os est creusée d'une dépression de 8 millimètres de diamètre. Il n'existe pas de fistule osseuse.

La table interne présente un cal, mince et aplati, formant une lame d'os surajoutée, comparable à une pièce de caoutchouc sur la déchirure d'un pneumatique.

A la face externe du cerveau apparaît un foyer de ramolissement jaune intéressant F² et F¹. Les 2/3 moyens de F¹ et le 1/3 moyen de F² sont complètement détruits. Les pieds d'insertion de F¹, F², F³ sur F. A. ne sont pas touchés. F. A., P. A. sont normales.

La pie-mère apparaît intacte sur toute la surface de l'encéphale, y compris le territoire des circonvolutions ramollies.

Histologie. — Coupes colorées par hémateïne-éosine, Méthodes de Mallory, Masson, de Bielschowsky, coupes frontales.

Il existe une importante perte de substance, laquelle comprend toute la substance grise et s'enfonce profondément dans la substance blanche sous-corticale.

La forme de cette perte de substance, de cette brèche encéphalique, est celle d'un entonnoir largement évasé dont la base affleure à la pie-mère.

Le fond de cette ulcération est formé par le tissu nerveux (fibres à myéline et névroglie) hérissé d'une série de prolongements lesquels viennent s'insérer sur le feutrage de nature conjonctive qui comble la perte de substance.

A de plus forts grossissements on constate que les lèvres de l'ulcération sont constituées par un tissu composé surtout d'éléments névrogliques, cellules et fibrilles mélangées à des fibres de tissu conjonctif; celui-ci apparaît ici particulièrement abondant. Tous les petits capillaires sont entourés d'une gaine conjonctive épaisse, laquelle se ramifie avec les lames de tissu collagène.

On constate, d'autre part, que les papilles névrogliques fibrillaires qui s'élèvent du fond de la perte de substance sont entourées, surtout sur la bordure de l'ulcération par une gaine conjonctive. Sur toutes les parois de cette excavation le tissu nerveux apparaît très modifié, disparition des fibres et des cellules nerveuses, prolifération intense de la névroglie, essaimage de corps granuleux contenant des débris pigmentaires, épaississement et dégénérescence hyaline des parois vasculaires.

En aucun endroit on ne relève de lésions vasculaires du type inflammatoire.

Quant au tissu réticulé, largement aréolaire, qui comble la perte de substance il est uniquement composé de lames conjonctives entrecroisées laissant entre elles des alvéoles qui contiennent de place en place des hématies et des macrophages pigmentaires.

Les imprégnations à l'argent montrent que les cylindre-axes ont complètement disparu dans le tissu qui forme les parois de l'ulcération. On ne les retrouve sains qu'à distance de celle-ci. Il en est de même des cellules nerveuses de l'écorce.

Les cellules névrogliques ont sur les bords de l'ulcération leur cytoplasma bordé de granulations argentaffines, lesquelles ne sont que les reliquats des cylindre-axes, dégénérés et repris par les macrophages névrogliques.

En résumé. — Ramollissement par commotion directe, nécrose du cortex et de la substance blanche sous-corticale,

non conditionnée par des oblitérations vasculaires et dont les caractères histologiques sont assez particuliers. D'une part, en effet, le tissu conjonctif présente une prolifération très manifeste et d'autre part le tissu névroglie fibrillaire témoigne d'une prolifération également très marquée ainsi qu'en fait foi l'existence de nombreux prolongements papillaires qui hérissent le fond de l'ulcération du cortex.

Enfin, à une certaine distance de cette zone nécrotique, le tissu cérébral reprend ses caractères absolument normaux ce qui n'est pas le cas dans nombre de foyers par oblitération artérielle.

Ainsi, dans cette observation, la genèse de l'affection apparaît avec une simplicité en quelque sorte schématique. Aucun antécédent héréditaire ou personnel. Une fracture du crâne par balle et quatre mois plus tard, mélancolie délirante avec tentative de suicide. Des cas de ce genre ne sont pas nombreux dans les annales de la Psychiatrie française. Il est encore plus rare de pouvoir pratiquer l'examen histologique complet.

Avant la guerre, la thèse de Viollet « Des traumatismes crâniens » ne contient aucun fait de mélancolie post-traumatique, mais une observation de M. Vallon, en 1896, y est rapportée : Elle a trait à un jeune officier, très brillant et très instruit qui, à la suite d'une chute de cheval, voit son caractère se modifier, devient dipsomane, joueur, érotique, perd le goût de son métier, puis, bientôt, est hanté par des idées de suicide, se livre à des actes de violence, d'indiscipline et, après avoir donné sa démission, s'engage dans la Légion étrangère.

Nous ne signalons cette communication que pour noter les conclusions de Garnier :

— « Je considère le traumatisé de M. Vallon comme appartenant à la catégorie des sujets que Lasègue appelait des cérébraux. Il s'agit là d'une dégénérescence acquise, d'une auto-dégénérescence produisant les mêmes effets que la dégénérescence héréditaire. »

M. Vibert à la même séance rapporta l'observation d'un malade de M. Charpentier.

« Un jeune homme de 22 ans, fort intelligent, se trouvait en Angleterre pour parfaire son éducation. Il tombe de cheval et est relevé dix heures seulement après sa chute, sans connaissance. Il présentait des signes de fracture du crâne et guérit néanmoins. Mais, depuis lors, il n'a plus aucune aptitude au travail, il reste cérébralement faible, vivant de la vie végétative. »

Ce cas n'a que des rapports lointains avec notre observation. Christian étudiant dans les *Archives de Neurologie* les « Traumatismes du crâne dans leurs rapports avec l'aliénation mentale », cite des dipsomanes, des épileptiques, mais de mélancolie, point. Benon (1), dans un chapitre sur l'asthénie prolongée et l'asthénie chronique, soutient que « le délire mélancolique, avec idées de culpabilité, d'indignité, de ruine, etc., paraît exceptionnel ». Avec la guerre, les observations de mélancolie post-traumatique vont-elles se multiplier ? Il n'en figure aucune dans les ouvrages de Porrot et de Heshard, de Laignel et Courbon, de Joanny-Roux. Aucune dans la communication que fit M. Marchand à la Société Médico-Psychologique, en avril 1916, sur « Les troubles mentaux dans les blessures pénétrantes du crâne. » Pour Léri (2) « les accès de manie et de mélancolie ne paraissent pas sensiblement plus fréquents par le fait des événements de guerre, les commotions et les émotions ne sont souvent que l'occasion d'une bouffée à laquelle des accès antérieurs avaient montré une évidente prédisposition ».

Ce n'est pas le cas de notre malade.

Lépine (3) cite parmi les « troubles rares » « l'état mélancolique, plus rarement encore l'état anxieux avec délire d'auto-accusation. » « Jen ai vu plusieurs cas assez sérieux, écrit cet auteur, entre autres chez un officier d'intelligence générale médio-

(1) R. BENON. — *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques.*

(2) A. LÉRI. — *Commotions et émotions de guerre.* Masson, édit., 1918.

(3) LÉPINE. — *Troubles mentaux de guerre.* Masson, 1917.

cre, qui avait en même temps de l'épilepsie jacksonnienne. Une cranioplastie faite par Baeckel améliora considérablement l'état local ; puis le délire disparut, les crises persistant. »

En résumé, les faits de mélancolie consécutive aux blessures pénétrantes du crâne et aux commotions cérébrales ont été si peu relatés qu'il est utile d'apporter un cas indiscutable. Du reste, nous pensons la question plus riche qu'elle ne paraît et nous nous rallions aux conclusions que voici d'Euzière et de P. Guiraud (1).

« Dans les nombreuses publications consacrées aux troubles mentaux post-commotionnels, les états mélancoliques sont rarement décrits en détail. Charon et Halberstadt dans leur *Revue générale*, disent que les états lypémaniques « sont exceptionnels mais peuvent s'observer grâce à un terrain prédisposé » ; Bonhomme et Nordman se bornent à signaler leur fréquence dans une note ; Roussy et Lhermitte consacrent quelques mots aux troubles psychiques à tendance dépressive qui peuvent aller jusqu'à la mélancolie. En peu de temps, nous avons rencontré un certain nombre de commotionnés présentant, au milieu de bien d'autres troubles psychiques, un état mélancolique très net, ayant provoqué chez la plupart des tentatives de suicide. Nous ne croyons pas être en présence d'une série fortuite. Il nous semble au contraire que la mélancolie doit être fréquente chez les commotionnés graves, dont la maladie se prolonge. »

Enfin, peut-on faire un rapprochement entre la nature de la psychose et la localisation des lésions au niveau des première et deuxième circonvolutions frontales droites. Cette commotion elle-même eût peut-être suffi à déterminer l'accès mélancolique et nous ne saurions affirmer que la fracture du crâne et les lésions cérébrales qu'elle a entraînées soient une cause indispensable. Cependant, comment relater la

(1) EUZIÈRE et P. GUIRAUD. — Les états mélancoliques consécutifs aux commotions cérébrales. *Annales Médico-Psychologiques*, 1918.

longue évolution de la psychose qui tendait à la chronicité, sans envisager l'altération de l'écorce cérébrale ? Nous savons que les tumeurs de la région préfrontale s'accompagnent souvent de deux sortes de symptômes psychiques : les uns sont marqués par une jovialité excessive qui a été décrite par les auteurs allemands sous le nom de « moria ». D'Élsnitz et L. Cornil montrèrent un exemple typique de ce syndrome à la Société médicale des hôpitaux, le 8 novembre 1918. Il s'agissait d'une « Lésion traumatique cranio-cérébrale par blessure de guerre, de la région frontale gauche avec hémiplégie droite et aphasie. Adjonction transitoire de troubles psychiques spéciaux (Euphorie discordante) et d'anisocorie en coïncidence chronologique avec l'action compressive passagère d'une collection purulente. » Les autres consistent en des états neurasthéniques et mélancoliques. Dans la *Revue tunisienne des sciences médicales* (6 novembre 1921), Lemanski décrivait un syndrome de mélancolie nostalgique chez un territorial de 44 ans qui mourut subitement. Il existait au niveau des première et deuxième frontales droites deux ou trois kystes hydatiques de la grosseur d'un petit œuf de pigeon.

Nous avons cru pouvoir rapprocher ces troubles et ceux de notre observation, parce que dans le cas que nous vous présentons, nous nous trouvons en présence d'une lésion fixe, non évolutive : nécrose et ramollissement bien localisé du cortex préfrontal par commotion directe, sans vouloir faire jouer absolument aux lésions constatées du cortex un rôle pathogénique dans ce cas de mélancolie.

Les séquelles psychiques de la guerre

par M. Henri COLIN

Je vous demande la permission de vous présenter à nouveau, à 18 mois d'intervalle, un malade que j'ai montré à la Société clinique de Médecine mentale en janvier 1921. Je le fais pour indiquer la persistance de ces états post-commotionnels beaucoup plus fréquents qu'on ne pense et dont le diagnostic demeure particulièrement difficile. Je ne reproduirai pas ici l'observation du malade publiée tout au long dans le n° de janvier 1921 du *Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale*, je vous en signalerai seulement les points principaux.

X., terrassier, né dans les Côtes-du-Nord, a 49 ans.

Mobilisé le 2 janvier 1915 au 74^e territorial, il part au front en mars ou avril 1915.

Il est blessé une première fois en septembre 1915, « plaie par E. O. dans la région dorsale ». Nous n'avons pour tout renseignement sur cette blessure que la cicatrice paramédiane, à droite des apophyses épineuses D¹, D², sensiblement verticale, large de un travers de doigt, non adhérente.

Il guérit sans séquelles, semble-t-il, et retourne sur le front en avril 1916. Blessé à nouveau le 27 septembre 1916 ; « Plaies multiples superficielles de la face du côté gauche ». Sa femme rapporte qu'il existait une plaie de la région temporale gauche assez large et profonde pour loger le bout du doigt, et que le côté gauche de la face était tatoué, comme incrusté de charbon.

Grâce au rapport du commandant de sa Compagnie on peut préciser les circonstances de cette blessure : « Le 27 septembre, se trouvant de guet dans un petit poste avancé, X... s'est trouvé enterré dans des sacs à terre par l'explosion d'un obus tombé sur le parapet de la tranchée. La commotion a été violente. Revenu à la Compagnie il présentait tous les signes de débilité mentale et n'a jamais pu reprendre aucun service. »

Après sa seconde blessure, le 27 septembre 1916, il reste six semaines à l'hôpital de Royallieu sans jamais donner de ses nouvelles.

Un dimanche au soir, il arrive chez sa femme. Il est alors tout à fait changé. Il ne répond qu'au bout d'un mo-

ment aux interrogations de sa femme. Il vient de l'hôpital mais ne sait pas dire duquel.

As-tu mangé ? lui demande sa femme. Il ne répond pas. Il prend cependant le petit repas qu'elle lui prépare et se couche sans dire un mot. Toute la journée du lendemain lundi il n'a pas parlé, n'a répondu à aucune question. Le surlendemain mardi, sa femme cherche et trouve sa permission. Elle lui dit qu'il faut la faire signer, il répond qu'il ne sait pas.

En revenant des Invalides, il se couche et ne se relève qu'au moment de repartir. Durant tout ce temps, 7 jours, il ne parle pas spontanément ; parfois, mais rarement, il répond aux questions.

Sa permission terminée, il se rend au Bourget, et de là sur le front.

On le prend pour un simulateur. Il est évacué, passe au Val-de-Grâce en mars 1917, puis à Maison-Blanche où il ne peut être maintenu, et enfin échoue dans mon service militaire de Villejuif.

Le certificat de 24 h. porte :

« Présente un état de dépression avec indifférence, apathie. Inégalité et paresse pupillaires. A observer au point de vue P. G. » (H. Colin), et quinze jours plus tard : « Paraît beaucoup moins apathique qu'à son entrée. Répond très bien ; ses réponses sont seulement un peu lentes. Il tient toujours la tête penchée et regarde à terre. Pas d'embarras net de la parole. Gros tremblement des mains et de la langue. Pupilles nettement inégales, un peu paresseuses. Réflexes rotuliens exagérés.

« Nie toute perte de connaissance. Nie la syphilis, toute maladie grave. Il ne s'occupe de rien, garde longtemps la même attitude. Il se fâche facilement et ne se laisse pas soigner (impossibilité de pratiquer la P. L.). »

Six mois après, le 12 février 1918, il présente la même apathie qu'à son entrée, la même indifférence, ne parle à personne, reste immobile, la tête penchée, regarde continuellement le sol.

Il répond à peu près correctement aux questions. Ponction lombaire non pratiquée à cause de la mauvaise volonté du sujet.

Le 5 mars 1918, on réussit la P. L. Pas de lymphocytose, pas d'hyperalbuminose.

Le 27 juin 1918, amélioration : il travaille mais ne parle pas si on ne lui adresse pas la parole. Au cours de l'épidémie de grippe il tombe malade ; le 29 septembre 1918, sa

température est de 40°,2 le matin. Il est apyrétique au 20^e jour de la maladie, sans avoir présenté de phénomènes pulmonaires très accentués.

On note que durant sa maladie il parle un peu plus facilement ; une fois guéri il retombe dans le mutisme.

Depuis lors il a des intervalles de mutisme absolu et des périodes où il répond aux questions.

Le 30 octobre 1918, il sort avec le certificat suivant :
« Atteint de dépression mélancolique, est inoffensif et peut être rendu à sa femme qui le réclame et s'engage à lui donner les soins nécessaires. » (H. Colin).

Depuis le 9 novembre 1918, date de sa rentrée chez lui, son mutisme est complet. Sa femme rapporte que les tics qu'il présente actuellement se sont développés progressivement et, quatre ans après sa sortie, nous le trouvons dans l'état où vous le voyez actuellement.

Assis, le malade a le torse penché à droite et en avant, la tête inclinée davantage dans la même direction ; il s'appuie de son avant-bras droit sur sa cuisse droite. La respiration est très particulière, l'expiration est prolongée et bruyante, l'inspiration très courte. Par moments (au bout de 28, 17, 37 respirations) se produit une large inspiration, il reprend haleine.

Les sourcils sont élevés et ne s'abaissent qu'au moment des grandes inspirations. Les yeux clignent presque à chaque mouvement respiratoire.

D'autres tics s'associent à ceux-ci ; ils siègent surtout dans la main droite, mais se montrent aussi, bien moins fréquents, dans la main gauche.

Debout, le nombre des respirations tombe à 27 avec changement complet du rythme, égalité de l'inspiration et de l'expiration. Ce changement se produit quand on commande au sujet de se lever et de se déshabiller. En même temps il abandonne ses différents tics, mais il garde la tête inclinée à droite vers le sol.

Lorsqu'il s'endort, sa respiration se régularise et devient moins bruyante, l'expiration reste pourtant sonore. Les mouvements des mains persistent, « il se tord les poignets », dit sa femme. Il dort ainsi jusqu'à midi, se lève, mange et boit bien, sauf le vin dont il use très peu. Il lui est arrivé de gâter au lit, rarement et par paresse, par apathie, semble-t-il, car il s'irrite quand sa femme y fait allusion.

Chaque jour il part en promenade par n'importe quel temps. Il va toujours du même côté et rentre à la même

heure (5 heures).

Il ne parle pas, ne répond à aucune question. Il n'écrit à personne, ne lit jamais, même pas les journaux.

Il fait lui-même les petits ravaudages dont il peut avoir besoin. Il s'habille très bien seul, et pendant ce temps les tics disparaissent. Il est d'une adiposité très marquée.

L'examen neurologique montre une inégalité pupillaire légère OD < OG. Les réflexes des pupilles sont normaux. Les réflexes tendineux sont égaux.

Vous le voyez, l'état mental et physique reste tel que nous l'avons observé en janvier 1921.

L'activité du malade est réduite : il ne se lève qu'à midi. Il fait, chaque jour, par n'importe quel temps, la même promenade. Ce ne sont pas seulement des habitudes qu'il a contractées, mais de véritables stéréotypies dans ses occupations qui lui sont devenues indispensables, et il est capable de manifester sa mauvaise humeur dès qu'on songe à en interrompre le rythme. Lui, qui ne parle jamais, a cependant déclaré une fois : « Je ne veux pas aller à Villejuif » à sa femme qui voulait l'y conduire, afin de le faire traiter.

Il est incapable de pourvoir à sa subsistance et c'est sa femme qui fait aller le ménage. Sa seule besogne utile consiste à ravauder ses vêtements, à réparer ses chaussures.

Il comprend ce qui se dit autour de lui, s'intéresse à la conversation quand on parle de son cas, sourit non sans finesse à des remarques ironiques ou plaisantes. Mais il est incapable d'un effort. L'aboulie est complète, le mutisme absolu.

Au point de vue physique, les tics restent conformes à la description précitée. Notons que la gynécomastie a augmenté, manifestement plus prononcée du côté droit. En même temps que cette gynécomastie, l'embonpoint s'est encore accru et depuis, les accidents commotionnels, l'impuissance et la frigidité sont à noter.

Toute idée de simulation doit être écartée. En effet, le malade est réformé définitivement à 100 0/0 ; on lui a donné la médaille militaire, il n'a donc aucun intérêt à persévérer.

Action de l'adrénaline sur certains états dépressifs avec hypotension artérielle

par M. G. NAUDASCHER

Dans une communication précédente (1), j'ai déjà attiré l'attention de votre Société sur l'intérêt thérapeutique que pouvait présenter l'emploi de l'opothérapie surrénale et de l'adrénaline dans certains états dépressifs avec hypotension artérielle.

L'efficacité du traitement semble, dans certains cas, justifier l'hypothèse d'une insuffisance surrénale fruste et curable, conséquence de l'infection, du surmenage ou de l'intoxication, ainsi que je l'avais observé chez plusieurs malades dont la tension artérielle a été rapidement relevée à la moyenne normale.

Par contre, dans certains autres cas, qui paraissaient analogues, le même traitement n'a provoqué aucune augmentation de la pression artérielle, quelquefois même, il a déterminé une diminution de la pression.

Cette réaction hypotensive a déjà fait l'objet de plusieurs publications (2), et, récemment, MM. Ducosté et Martimor ont pu présenter un essai de traitement des ictus dans la paralysie générale basé, précisément, sur l'abaissement de la pression artérielle consécutif à l'injection sous-cutanée d'un centimètre cube de la solution d'adrénaline au millième.

Certains auteurs ont prétendu que l'adrénaline agit différemment suivant la voie d'absorption, quelques-uns même ont nié l'absorption digestive de l'adrénaline à quelque dose qu'elle soit employée, parce qu'elle

(1) G. NAUDASCHER. — Etats mélancoliques avec hypotension artérielle, traitement par l'opothérapie surrénale et l'adrénaline. *Société Médico-Psychologiques*, 29 décembre 1921.

(2) LESNÉ, Mlle LE BOUEDEC et BUISSON. — Administration de l'Adrénaline par la voie digestive. *Soc. Méd. des Hôpît.*, 11 juin 1920.

J. GIROU. — L'Adrénaline hypotensive. *Paris Médical*, 22 octobre 1921.

DUCASTÉ et MARTIMOR. — Traitement des ictus dans la paralysie générale. *Société Médico-Psychol.*, 29 décembre 1921.

ne détermine aucune modification de la tension artérielle. Dans une communication devant la Société de Biologie (1), MM. H. Dorlencourt, A. Trias et A. Paychere démontrent l'absorption de cette substance par ce fait que, introduite dans l'organisme par la voie digestive, elle provoque de l'hyperglycémie aussi bien que par injection ; l'augmentation du sucre dans le sang survient, d'après les auteurs, cinq minutes après l'ingestion et atteint son maximum en quarante minutes environ.

Suivant les cas, j'ai dû employer tantôt la voie sous-cutanée, tantôt la voie digestive. Les résultats ont été analogues : les sujets qui ne présentaient aucune modification de la pression artérielle à la suite de l'injection, n'en présentaient pas davantage lorsque l'adrénaline était administrée par la voie digestive. Bien des détails de la posologie restent encore à fixer et le médicament agit en réalité quelque peu différemment, la réaction étant toujours plus rapide après l'injection hypodermique.

Primitivement extraite des capsules surrénales, l'adrénaline est actuellement un produit de synthèse dont les caractères physiques et chimiques sont nettement déterminés, la solution dans l'acide chlorhydrique faible dévie à gauche la lumière polarisée.

Afin d'éviter toute cause d'erreur provenant du médicament, j'ai tenu à essayer chez les mêmes sujets et dans les mêmes conditions une adrénaline de marque différente. J'ai reconnu ainsi la même réaction chez plusieurs déments précoces, c'est-à-dire l'absence d'augmentation de la pression artérielle, quelquefois même, une diminution passagère de la pression maxima.

Pour certains auteurs, l'adrénaline à faible dose serait hypotensive et, pour obtenir l'hypertension, il faudrait employer des doses beaucoup plus élevées atteignant jusqu'à 48 milligrammes suivant Kircheim (2).

(1) H. DORLENCOURT, A. TRIAS et A. PAYCHERE. — Absorption de l'Adrénaline par voie digestive. *Soc. de Biologie*, 20 mai 1922.

(2) Cité par J. Girou.

Je ne me suis pas cru autorisé par ces exemples et, me conformant aux données classiques, je n'ai jamais dépassé la dose de un milligramme par 24 heures. Dans ces conditions, les variations que j'ai pu observer ne dépendent ni du médicament, ni du mode d'absorption, mais bien du malade lui-même, de plus, chez le même malade, la réaction diffère suivant le stade de l'évolution de la maladie.

Dans les états dépressifs de la démence précoce, on constate habituellement une tension faible, très peu variable d'un jour à l'autre, ne se modifiant pas sous l'action de l'adrénaline à faible dose. Au contraire, dans les états mélancoliques, la pression artérielle très variable et fréquemment au-dessous de la moyenne, paraît très sensible à l'action du médicament. Dans la plupart des cas, on observe une élévation rapide de la tension, une accélération du rythme des pulsations et une augmentation de l'énergie du myocarde. Les mêmes résultats peuvent être obtenus dans les formes dépressives qui marquent souvent le début de la paralysie générale et qui s'accompagnent d'une diminution de la pression artérielle. A la période d'état de la maladie, la pression, souvent très élevée, diminue parfois de plusieurs centimètres de mercure sous l'influence d'une faible dose d'adrénaline.

Chez plusieurs malades, en état de dépression, pour lesquels le diagnostic était indécis, l'absence complète de réaction à l'adrénaline parut correspondre à une altération de l'affectivité reconnue plus tard par la constatation de l'indifférence affective et émotionnelle. Au contraire, chez les sujets dont l'affectivité paraît normale ou augmentée, la réaction est toujours très nette et de sens positif. Chez quelques malades hyperémotifs, dont la pression est à peine diminuée, l'emploi de l'adrénaline, même à faible dose, n'est pas exempt d'inconvénients : à plusieurs reprises, nous avons dû cesser le traitement à l'apparition de l'anxiété.

Il m'a paru intéressant de souligner cette différence de réaction à l'adrénaline dans certains états de dépression dont il est souvent très difficile de distin-

guer l'origine. La disparition de l'émotivité n'est pas seulement une constatation clinique, elle correspond sans doute à une modification organique dont le siège et la nature restent à préciser.

Dans une étude sur les oscillations de l'affectivité à travers les âges de la vie, G. Marañon (1) a montré l'importance des modifications viscérales en rapport avec l'émotion ; dans ses observations très curieuses, il a pu dissocier l'émotion organique de l'émotion psychique, à l'aide de faibles doses d'adrénaline. Il a pu éveiller l'émotion psychique en déterminant les manifestations physiques du syndrome émotionnel.

L'auteur a ainsi noté à travers les différents âges de la vie les modifications parallèles de l'activité et de l'émotivité, ses constatations physiopathologiques m'ont paru du plus grand intérêt en ce sens qu'elles font ressortir précisément la différence de réaction que présentent certains déprimés. En résumé, il me semble que cette absence de modification de la pression artérielle chez les malades qui présentent cliniquement une indifférence manifeste peut servir à déceler d'une façon précoce une altération le plus souvent définitive de l'affectivité chez le sujet examiné.

M. LERAT. — La communication de M. Naudascher m'a intéressé particulièrement. Pensant à des phénomènes d'insuffisance surrénale chez les périodiques (forme dépression), j'ai recherché l'existence de la raie blanche. Elle existait dans un certain nombre de cas, dans d'autres cas plus nombreux, elle était absente. — Je sais que la raie blanche, admise par Sergent, comme signe d'insuffisance surrénale, ne représente pas nécessairement, pour Léon Bernard, cette insuffisance. Quoiqu'il en soit, l'administration d'adrénaline ne provoqua chez mes malades aucune modification, je ne dis pas de la tension artérielle, mais de l'asthénie.

(1) G. MARAÑON. — Essai sur l'âge et l'émotion. La réaction de l'Adrénaline. *Arch. de Méd., c. y. sp.*, Madrid, 15 mai et 1^{er} juin 1921 *an. in Ann. Médico-Psychol.*, janv. 1922, p. 67.

Note sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 18^e Région pendant la guerre

par M. MOLIN DE TEYSSIEU

Chargé après l'armistice de recueillir les archives du service de Psychiatrie de la 18^e Région, nous avons eu la curiosité de procéder à leur classement pour résumer ensuite sommairement toute la vie médicale et administrative de cette formation. Ce travail a fait l'objet dans une thèse entreprise sous notre inspiration (1), d'une étude plus approfondie que nous ne songeons pas à reproduire ici. Nous pensons qu'une courte note historique et quelques chiffres relatifs à l'histoire d'un gros centre psychiatrique régional présentent un intérêt documentaire suffisant pour retenir l'attention de la Société. Les statistiques que nous publions ci-dessous ne méritent d'ailleurs pas de longs commentaires, et leur interprétation en paraîtrait oiseuse.

Le Centre de Psychiatrie de la 18^e région a été créé à Bordeaux le premier en date, le 20 août 1914, sous l'impulsion du professeur Régis, il comprenait alors une installation de fortune de 11 lits dont 3 cellules à l'hôpital militaire de Saint-Nicolas. Il s'agrandit peu à peu en présence de l'afflux croissant des malades pour renfermer 260 lits répartis en trois formations distinctes, dont une seule subsista vers la fin de la guerre où tous les services étaient groupés dans deux pavillons neufs de l'asile de Château-Picon. Il fut définitivement fermé le 1^{er} juillet 1919.

Placé sous la direction du Médecin principal Régis jusqu'en janvier 1917, puis sous celle du médecin-major Anglade, le personnel médical se composait en outre du médecin-chef, de trois assistants qui furent successivement et pendant des durées variables : MM. Galtier, Crinon, Dumolard, Jean Robert, Paul Camus, René Charpentier, Molin de Teyssieu, Lafage, Maurice Page, Perrens, Hamel, Dumora et Colombier.

(1) LEVRAULT. — *Thèse de Bordeaux*, 1921-1922, N° 10.

Le nombre total des malades aliénés s'est élevé au chiffre de 4.679, dans lequel ne sont pas compris 215 réintégrations. Le chiffre mensuel est passé de 8 en août 1914 à 179 en juillet 1916 présentant des oscillations synchrones de l'activité des opérations militaires, il est tombé brusquement en novembre 1918 et a déchu progressivement jusqu'à 23 en juillet 1919.

Les 4.679 entrées se répartissent comme suit :

A. <i>Psychoses constitutionnelles</i>	2.185	soit 46,70%
1. Insuffisance ou débilité mentale	478	— 10,21
2. Dégénérescence, déséquilibre .	272	— 5,81
3. Délires de persécution, paranoïa	187	— 4, »
4. Manie, mélancolie	1.248	— 26,68
B. <i>Psychoses organiques</i>	439	— 9,38
1. Paralyse générale	192	— 4,1
2. Démence juvénile	131	— 2,79
3. Troubles mentaux de nature co- tiale	116	— 2,49
C. <i>Psychoses toxi-infectieuses</i>	652	— 13,93
1. Alcoolisme aigu ou chronique .	449	— 9,59
2. Troubles mentaux d'origine in- fectieuse	203	— 4,34
D. <i>Psychoses commotionnelles</i>	120	— 2,56
E. <i>Psychonévroses</i>	888	— 18,98
1. Neurasthénie. Psychasthénie ..	525	— 11,22
2. Troubles pithiatiques	363	— 7,76
F. <i>Affections organiques du système nerveux sans troubles mentaux</i> ..	55	— 1,10
G. <i>Malades n'ayant pas présenté de troubles mentaux</i>	332	— 7,10
H. <i>Simulation de troubles mentaux</i> .	7	— 0,15

Les modes de sortie de ces 4.679 malades auxquels s'ajoutent 215 réintégrations ont été les suivants :

Sorties par guérison ou après ob- servation	1.249	soit 25,52%
Congés de convalescence de 1 à 3 m.	1.165	— 23,73
Classés service auxiliaire	807	— 16,34

Décès	50 —	1,01
Suicides	2 —	0,04
Evasions	13 —	0,24
Evacuations sur d'autres formations	199 —	4,60
Réformés	1.409 —	28,52

Parmi les malades réformés 655 durent être internés à l'asile de Cadillac, soit 13,34 % de l'effectif total des malades traités.

Il en est de cette statistique comme de toutes et les chiffres qui la composent ne peuvent avoir évidemment qu'une valeur indicative simple. De très nombreuses causes d'erreur ont certainement présidé à son élaboration, dont la principale réside dans le fait qu'elle n'est que le relevé de diagnostics portés par une bonne dizaine d'aliénistes dont les vues personnelles divergent sans doute sur la classification de certains types cliniques. Il n'en est pas moins vrai que si l'étude de l'évolution ultérieure des malades qu'elle vise permettrait sans doute de réduire le nombre des psychoses confusionnelles, commotionnelles ou des délires de persécution au profit de celui de la démence précoce les chiffres que nous avons groupés conservent dans leur ensemble toute leur signification. En dehors de toutes les considérations qu'ils peuvent susciter sur le trop grand nombre d'accidents vésaniques imputables à l'alcool, sur le tout petit nombre de véritables psychoses de guerre, sur la rareté de la simulation véritable et sur la facilité extrême avec laquelle la qualité d'aliénés était conférée à des sujets seulement coupables de troubles de caractère, ils soulignent combien sont immuables, malgré les événements, les formes de l'aliénation mentale et combien la proportion de diverses variétés morbides reste identique à elle-même, quel que soit le lieu et le temps où elles sont observées.

La séance est levée à 6 h. 30.

Les Secrétaires des séances,

René CHARPENTIER et J. CAPGRAS.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 15 mai 1922

Présidence de M. le D^r ARNAUD

Troubles mentaux d'origine encéphalitique à début confusionnel avec palilalie et tachyphémie. — MM. CLAUDE et BROUSSEAU présentent un syndrome de Parkinson léger survenu chez un homme de 33 ans qui, en dehors des éléments ordinaires, manifeste des troubles du langage : palilalie et tachyphémie paroxystique : syphilitique depuis 6 ans, il fit voici 1 an une affection fébrile avec troubles du sommeil très nets, suivie d'une période d'asthénie et de fatigabilité progressive qui le conduisirent à l'idée de suicide. Il fut interné avec le diagnostic de paralysie générale probable ; l'exploration biologique infirma ce diagnostic, les troubles mentaux disparurent en quelques semaines en même temps que s'installa progressivement le syndrome parkinsonien. Puis survint un épisode confusionnel de courte durée qui justifia son placement à l'Asile. Les auteurs insistent tout particulièrement sur cet état d'asthénie progressive sur laquelle se greffèrent des troubles mentaux graves, récidivants, au cours d'un état organique qu'ils rattachent à une encéphalite épidémique méconnue.

Paralysie générale chez un imbécile (?) sourd-muet. — M. A. MARIE présente un malade que les réactions de B.-Wassermann pour le sang et le liquide céphalo-rachidien ont démontré P. G. alors qu'il était sourd-muet de naissance et interné à la suite de larcins puérils qui furent attribués à la débilité congénitale. A défaut d'embarras de parole et de conceptions délirantes inexprimées, le malade offre les signes cliniques confirmatifs de périméningo-encéphalite (A. R. euphorie, tremblements, langue parquée etc...).

Insuffisance pluriglandulaire fruste et troubles mentaux chez un hérédosyphilitique avec rhumatisme chronique ankylosant post-infectieux. — L. CORNIL et G. ROBIN présentent un hérédosyphilitique qui fit à 9 ans une infection méningée compliquée de spondylose cervicale, d'ankylose des deux hanches et de synostose radio-cubitale. Epilepsie et troubles mentaux récents. En présence d'insuffisance thyroïdienne, testiculaire, hypophysaire fruste, les auteurs tendent à rattacher ces troubles à l'hérédosyphilis, en faisant des réserves sur la possibilité de l'atteinte pluriglandulaire par l'infection générale.

Erotomanie et délire d'influence. — M. André CEILLIER (service de M. le Prof. Claude) présente une malade qui, après une première période d'érotomanie pure, a eu un délire d'influence avec sentiment et idées de domination, hallucinations psychiques, conversation mentale, actes automatiques. M. Ceillier montre qu'il n'est pas extrêmement rare de voir des malades passer de l'érotomanie à l'influence. L'érotomane comme l'amoureux, se livre au plaisir de converser mentalement, à distance avec l'objet aimé : il pose les questions et donne les réponses. C'est un jeu dont il n'est dupe qu'autant qu'il le veut bien. Chez l'influencé, au contraire, la conversation mentale est automatique, involontaire, incoercible. Cet automatisme du langage intérieur, joint à celui des actes, crée le sentiment, l'idée et le délire d'influence.

Tumeur de la région frontale, par MM. LEVET et BEAUSART. — Les auteurs présentent une tumeur fibro-sarcomateuse de la grosseur d'une mandarine développée aux dépens de la dure-mère de la région sus-orbitaire droite (à laquelle elle est rattachée par un mince pédicule) et qui s'est taillée en pleine masse encéphalique frontale une loge, par refoulement et non par absorption.

Au point de vue Clinique : Affaiblissement intellectuel ayant laissé penser au début à une P. G. atypique ; crises épileptiformes, céphalée, apraxie gauche (tumeur droite intéressant la partie antérieure du corps calleux), parésie et dérochement des membres inférieurs.

Episodes délirants à forme de psychose hallucinatoire au début d'une démence organique, ou bouffées délirantes chez une prédisposée, par le Dr Georges LERAT. — Ce titre résume les principales alternatives du diagnostic, dont les données sont exposées au cours de l'observation qui concerne une femme âgée de 66 ans, de constitution émotive, ayant de l'hypertension artérielle, et chez qui, au début de l'internement, des signes parétiques très légers et très fugaces ont été constatés ; à l'heure actuelle, aucun argument vraiment décisif ne peut assurer la prépondérance de l'une ou de l'autre des hypothèses sus-énoncées.

Alcoolisme et démence précoce. — M. PRIVAT DE FORTUNIE communique une observation qui, d'après lui, peut servir à déterminer le rôle que l'intoxication chronique par l'alcool, peut jouer comme facteur d'un affaiblissement intellectuel rapide et en même temps à préciser la place nosographique de la démence paranoïde.

VARIÉTÉS

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(XXVI^e SESSION)

Quimper, 1^{er}-6 août 1922

La XXVI^e Session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Quimper du 1^{er} au 6 août 1922.

Président du Congrès : M. le professeur Jean LÉPINE, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon.

Vice-Président : M. le docteur Henri COLIN, Médecin-Chef-de-service des Asiles de la Seine (Asile Sainte-Anne, Paris).

Secrétaire général : M. le docteur LAGRIFFE, Directeur-Médecin de l'Asile des aliénés de Quimper.

Programme des travaux et excursions

Mardi 1^{er} Août

9 h. 1/4. — Séance d'ouverture au Théâtre municipal.

14 h. — Visite du Musée breton.

14 h. 1/2. — Au gymnase municipal. 1^{er} RAPPORT : PSYCHIATRIE : *Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique.* Rapporteurs : MM. les D^{rs} TRUELLE (de Paris) et PETIT (de Bourges).

17 heures. — Visite du Musée Municipal, de la ville et de la Cathédrale.

Mercredi 2 Août

9 h. 1/4. — Au gymnase municipal. 2^e RAPPORT : NEUROLOGIE : *Les lésions du système nerveux central dans l'agitation motrice et la rigidité musculaire.* Rapporteur : M. le D^r ANGLADE (de Bordeaux).

14 h. 1/2. — Au gymnase municipal. 3^e RAPPORT : ASSISTANCE : *L'assistance des psychopathes. De la sauvegarde des droits de l'individu et de la Société dans le traitement des maladies mentales.* Rapporteur : M. le D^r COURBON (de Stéphansfeld).

17 heures. — Visite, au quartier de Locmaria, d'une faïencerie et de l'Eglise.

Jeudi 3 Août

7 heures. — Excursion en automobile dans la Montagne Noire. Départ du garage de l'Administration des Postes, boulevard de Kerguelen : itinéraire, Briec, Pleyben (ensemble architectural de l'Eglise, de l'arc de triomphe et de l'ossuaire), Saint-Herbot (chapelle monumentale), Huelgoat (curiosités naturelles) : arrêt et déjeuner.

13 heures. — Suite de l'excursion. La Feuillée, St-Michel de Brasparts (chapelle des bergers), Col de Commana (vue panoramique sur l'Atlantique et sur la Manche), Le Faou ; retour à Quimper par la route pittoresque de Brest.

Vendredi 4 Août

9 h. 1/4. — Visite de l'Asile départemental des aliénés.

10 h. 1/2. — Au gymnase municipal : Assemblée générale du Congrès.

14 h. 1/2. — Salle du cinématographe Bourhis : Séance de communications avec projections photographiques et cinématographiques.

20 h. 3/4. — Au Théâtre municipal : Réception par le Président et les membres du Congrès.

Samedi 5 Août

9 h. 1/4. — Au gymnase municipal : Séance de communications.

12 h. 1/2. — Départ de la gare de Quimper pour Pont-l'Abbé. Visite de la ville : Eglise en ruines de Lambour, Château, Eglise des Carmes. Retour par le train arrivant à Quimper à 17 h. 46.

Dimanche 6 Août

7 heures. — Excursion en mer : embarquement au port, descente de l'Odet, escale à Benodet, passage de la baie de la Forêt. Arrivée à Concarneau : visite de la Ville-Close, du port, du Laboratoire marin du Collège de France.

11 h. 3/4. — Déjeuner.

13 heures. — Visite de la ville et du Musée départemental de Keriolet.

15 heures. — Embarquement au port pour retour à Quimper vers 19 heures.

* *

Prix approximatif de l'excursion du jeudi 3 août : **40 francs**, repas compris.

Prix approximatif de l'excursion du dimanche 6 août, **20 francs**, repas compris.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents, cotisation : **30 francs.**

2° Des membres associés (membres de la famille, étudiants), présentés par un membre adhérent et agréés, cotisation : **15 francs.**

Les Asiles et autres établissements de bienfaisance et d'assistance inscrits au Congrès sont considérés comme membre adhérents.

Seul les membres adhérents reçoivent les rapports et procès-verbaux imprimés.

Les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Une excursion facultative sera organisée à la fin du Congrès. Le programme sera envoyé ultérieurement aux adhérents.

* *

Prière d'adresser adhésions avec cotisations jointes au D^r Lagriffe, à Quimper.

XVI^e CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Le XVI^e Congrès français de médecine aura lieu à Paris, du jeudi 12 au samedi 14 octobre 1922.

BUREAU DU CONGRÈS

Président : Docteur Fernand WIDAL, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine.

Vice-Présidents : Docteur G. THIBIERGE, Médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de Médecine.

Docteur Louis MARTIN, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de Médecine.

Secrétaire général : Docteur A. LEMIERRE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Andral.

Secrétaire-Adjoint : Docteur M. BRULÉ, Médecin des Hôpitaux de Paris.

Trésorier : Docteur E. JOLTRAIN, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

Les rapports porteront sur les sujets suivants :

1) Eléments de diagnostic entre l'ulcère gastrique et l'ulcère duodénal.

Rapporteurs : M. le Docteur E. ENRIQUEZ, médecin de l'hôpital de la Pitié et M. le Docteur G. DURAND, ancien interne des Hôpitaux de Paris, M. le Docteur A. CRAMER, médecin-adjoint à la Clinique médicale de Genève et Ch. SALOZ, chef de laboratoire à l'Université de Genève.

2) De la signification pathologique des formes anormales des globules blancs.

Rapporteurs : M. le Docteur SABRAZÈS, Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. M. le Docteur LEMAIRE, Professeur à l'Université de Louvain.

3) Traitement préventif et curatif des maladies par carence.

Rapporteurs : M. le Docteur WEILL, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon et G. MOURQUAND, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, M. le Docteur F. RATHERY, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Pourront être inscrits comme membres adhérents du Congrès :

1° De droit les membres de l'Association des médecins de langue française.

2° Sous réserve d'acceptation par le Bureau du Congrès les médecins et savants s'intéressant aux questions médicales, qui désirent y prendre part.

La cotisation pour les membres adhérents au Congrès est fixée à quarante francs. Tous les membres adhérents prennent part au même titre aux travaux du Congrès et en reçoivent les publications. Les étudiants en médecine et les membres non médecins de la famille des adhérents pourront être admis comme membres associés du Congrès moyennant une cotisation de vingt francs.

Pour tous les renseignements s'adresser à la permanence du Bureau du Congrès à la Faculté de Médecine, 12, rue de l'Ecole de Médecine, Bureau de l'Association pour le Développement des Relations Médicales avec l'Etranger (A. D. R. M.) ; ou au Docteur A. LEMIERRE, 217, rue du Faubourg St-Honoré, Paris, 8^e.

CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE

VŒUX ÉMIS PAR LE CONGRÈS

Le VII^e Congrès de Médecine légale réuni à Paris le 29 mai 1922 émet les vœux suivants :

1° Qu'un examen médical soit obligatoire avant toute décision judiciaire pour les délinquants mineurs relevant des lois du 22 juillet 1922 et du 24 mars 1921. Cet examen médical devra porter non seulement sur le développement physique, intellectuel et moral des mineurs, mais spécifier les maladies infectieuses dont ils sont atteints, les traitements qui ont été suivis, et si la guérison est complète.

2° Qu'il soit créé dans les prisons des annexes psychiatriques et des consultations médicales; où seront soignés, avec tous les procédés de la thérapeutique moderne, pendant leur incarcération, les mineurs de 13 à 18 ans et les prévenus ou condamnés adultes porteurs de germes.

3° Que l'isolement des tuberculeux dans les prisons soit pratiqué avec la plus grande rigueur; que dans toutes les prisons des grandes villes de France, il soit établi des étuves à désinfection.

SOCIÉTÉ SUISSE DE PSCHIATRIE

La 62^e assemblée a eu lieu à Bâle les samedi 24 et dimanche 25 juin 1922.

Communications de MM. Steck (Lausanne) : Le parallélisme des activités psychique et motrice. Sa signification au point de vue de la psychopathologie et des localisations. Forrel (Berne) : Un cas de masochisme. Morgenthaler (Münchenbuchsee) : Dessins de paralytiques généreux (suite et démonstrations). Brunner (Küsnacht) : Le traitement intrarachidien de la P. G. d'après *Gennerich*. L. Binswanger (Kreuzlingen) : De la phénoménologie. Christoffel (Bâle) : Affectivité et couleurs. Klaesi (Zurich) : Contribution à la thérapie de la névrose stomacale. De Muralt (Zurich) : Contribution à la solution du problème de la signification des rêves. Maier et Loepfe (Zurich) : La 1^{re} année de la station psychiatrique infantile Stephansburg (Zurich).

POSTES VACANTS

PONTORSON (Manche) (poste de médecin-chef de service);
CHALONS (Marne) (poste de directeur-médecin) à partir du 1^{er} juillet 1922;

SAINT-VENANT (Pas-de-Calais) (poste de médecin-chef de service).

ASILE D'ALIÉNÉS DE QUIMPER. — Un poste d'interne en médecine est actuellement vacant. Pour renseignements, s'adresser au directeur-médecin de cet établissement.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 26.118

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

Les limites naturelles des transferts des aliénés

Les asiles d'aliénés du département de la Seine reçoivent un tel nombre de malades que l'on peut prévoir, dès maintenant, l'encombrement des services dans un assez prochain avenir. L'on pensera, sans doute, alors, que les quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière offraient à ces asiles le complément normal de leur capacité ; et peut-être la question se posera-t-elle bientôt de l'hospitalisation de trop nombreux psychopathes. Il est vrai que beaucoup se rassurent par l'idée d'une solution radicale : l'on enverrait en province une quantité de malades chroniques.

Mais, en matière de transferts, la limitation vient très rapidement de trois ordres de causes qui se combinent : le grand nombre des malades inévacuables ; la nécessité, pour chaque asile, de ne pas

se démunir entièrement et brusquement de tous ses malades travailleurs ; enfin et surtout l'abondance croissante des visites que reçoivent nos hospitalisés.

On ne peut transférer à distance les fébricitants, les cachectiques, les alités, les paraplégiques, les déments séniles, organiques et paralytiques parvenus à certaine période de leur affection. Si l'on envoie seulement les malades valides et susceptibles de travail, et si les transferts se renouvellent fréquemment, nos asiles seront bientôt envahis par la seule catégorie des impotents, pour lesquels il faudrait transformer les installations, tandis que les services généraux, médicaux, les diverses organisations techniques, agricoles, etc..., se verraient privés d'une main-d'œuvre complémentaire actuellement indispensable, et d'autant plus nécessaire dans cette éventualité. Enfin l'on se trouve très rapidement arrêté par la considération de la douleur des familles, lorsque les malades qu'elles visitent sont emmenés dans des régions éloignées. Il est bien certain que le choix porte d'abord sur les hospitalisés dépourvus de parenté directe ou pratiquement abandonnés. Mais leur nombre est chaque jour plus restreint, et l'on sera bientôt dans la nécessité de joindre aux listes de transfert, — si celles-ci se multiplient, — les noms de malades visités, plus rarement, il est vrai, que les autres. Or, c'est là, précisément, ce qu'il ne faudrait jamais faire, en dehors de certaines circonstances rares et nettement définies.

Les médecins des asiles sont souvent témoins de pénibles scènes, dans les périodes de grands transferts d'aliénés vers des régions lointaines. Je me souviens d'une malheureuse qui pleurait le départ de son fils cadet. La guerre avait pris l'aîné, qui n'était pas revenu. La vieille mère vivait avec sa

filles, son gendre et trois petits enfants. Elle venait rarement à l'asile, n'osant pas grever trop souvent de la faible dépense nécessaire le maigre budget familial. Mais ces rares journées étaient son grand bonheur. Elles éclairaient toutes les autres. « Maintenant on l'emmène trop loin, nous disait-elle ; je ne le verrai plus jamais. »

Les aliénés sont internés dans leur propre intérêt, sans doute, et dans celui de leurs familles, mais aussi pour la protection de la sécurité publique. Aux familles qui, pour ces causes, subissent la séparation partielle, il faut à tout prix éviter la séparation totale. Le transfert de l'aliéné loin de la famille avec laquelle il vivait, et précisément lorsqu'il s'agit d'un malade chronique et probablement incurable, est une mesure douloureuse et décourageante à laquelle il faut s'efforcer de ne jamais recourir.


Je sais bien que l'on dira : les sentiments doivent s'effacer devant l'intérêt public. Cette dure notion plaît beaucoup de nos jours par son apparence « positive ». Cependant l'action naît du sentiment ; la raison conseille, elle ne peut déterminer. L'intérêt public lui-même ne s'impose à l'individu que par un sentiment capable de lutter contre ses impulsions et ses calculs personnels. Or, il est d'intérêt public de cultiver les bons sentiments, auxquels seuls parfois on donne ce nom (dans une acception un peu dédaigneuse), oubliant qu'à leur défaut les mauvais amplement foisonnent. Et l'on ne saurait faire bonne œuvre sociale en méprisant le sentiment familial, qui constitue, de toute évidence, une réalité des plus essentielles au maintien de la société.

Maurice MIGNARD.

UNE QUESTION DE DOCTRINE PSYCHIATRIQUE : LA PSYCHOSE DÉLIRANTE DÉGÉNÉRATIVE AIGUE

Par le D^r G. HALBERSTADT

Médecin des Asiles



Deux méthodes fondamentales dominent les recherches de psychiatrie clinique : l'une consiste à établir l'existence de syndromes, l'autre s'attache à délimiter et à décrire des maladies mentales autonomes, des psychoses ayant non seulement une symptomatologie définie, mais encore une étiologie univoque et une évolution déterminée. C'est la première de ces deux méthodes qui est manifestement en faveur à l'heure actuelle, tant en France qu'à l'étranger, mais nous nous rattachons nettement à la seconde. Nous pensons que seule elle mérite le nom de méthode scientifique. Faut-il rappeler que Magnan a toujours pensé qu'une classification qui ne tient compte ni de l'étiologie ni de l'évolution est décevante ? Et plus récemment, les doctrines Kraepeliniennes ne doivent-elles pas le plus clair de leur succès à la tendance de leur auteur de baser sa classification sur l'évolution et l'issue des psychoses ?

On se propose, dans les pages qui vont suivre, d'attirer l'attention sur un groupe de malades qui, balotés au gré des classifications, n'ont pas encore trouvé de place fixe indiscutable et qui, cependant, croyons-nous, ont droit à un chapitre à part en nosographie. Les faits cliniques en question sont bien connus, et Magnan notamment les a admirablement décrits. Il ne s'agit donc pas de les décrire à nouveau, mais d'essayer de montrer la place qu'ils doivent occuper dans la classification. Il s'agit avant tout d'une « question de doctrine psychiatrique ».

Sans vouloir remonter trop loin dans le passé, vers

cette « paléopsychiatrie » qui n'a plus qu'un intérêt historique, il nous paraît utile toutefois de nous arrêter aux théories qui avaient cours dans les dernières dix années du dix-neuvième siècle relativement aux délires dégénératifs à évolution aiguë. Les doctrines de Magnan étaient alors en plein développement. Il en sera question plus tard. Voyons comment sont envisagées les choses par les auteurs qui ne les admettaient pas ou ne les admettaient qu'incomplètement.

Les faits cliniques étaient rangés à cette époque en trois catégories schématiquement distinctes. Nous disons « schématiquement », car en lisant les observations publiées à cette époque on s'aperçoit, chose curieuse, qu'elles pourraient être souvent indifféremment rangées dans l'une quelconque de ces trois catégories. Celles-ci sont : la confusion mentale aiguë, la psychose hallucinatoire aiguë, la paranoïa aiguë. La confusion mentale a fait l'objet de la part de Chaslin d'un travail remarquable que tout le monde connaît (1). Mais il n'est pas douteux pour nous que dès cette époque, nombre de délires dégénératifs aigus ont été décrits comme ressortissant à la confusion mentale. Le domaine de celle-ci subit une extension démesurée. Cependant en se rapportant aux pages 181 à 186 du volume, on peut constater combien fragiles sont les symptômes distinctifs entre les trois formes cliniques en question. Or, comme les deux autres appartiennent généralement au domaine de la dégénérescence, on est en droit de penser que de nombreux cas qui devaient être rangés dans ce domaine, lui furent enlevés sous l'influence de la vogue grandissante des théories confusionnelles. La psychose hallucinatoire aiguë a été bien décrite par Farnarier, dans une thèse faite sous l'inspiration de Sérieux (2). Cet auteur se rattache en partie à Magnan, en ce sens qu'il considère que la forme mentale qu'il décrit n'est qu'une variété de délire d'emblée des dégénérés. Mais il s'en sépare, à notre avis, en ce que Magnan n'estimait pas nécessaire de

(1) CHASLIN. — *La confusion mentale primitive*, Paris, 1895.

(2) FARNARIER. — *La psychose hallucinatoire aiguë. Thèse de Paris 1899.*

distinguer des formes cliniques basées sur la symptomatologie seule, du moment que l'étiologie et l'évolution étaient les mêmes. On peut, d'autre part, affirmer que dans les délires d'emblée, ce qui est le plus remarquable, c'est précisément le polymorphisme du tableau clinique. Il n'y a donc véritablement pas lieu de distinguer dans ces psychoses de formes confusionnelle, hallucinatoire ou délirante. La paranoïa aiguë a été bien décrite en France par Ségla (1). Rappelons, tout d'abord, ce qu'il entend par paranoïa en général. Voici sa définition : « Un état psychopathique fonctionnel, caractérisé par une déviation particulière des fonctions intellectuelles les plus élevées, n'impliquant ni une décadence profonde, ni un désordre général, s'accompagnant presque toujours d'idées délirantes plus ou moins systématisées et permanentes avec hallucinations fréquentes. » Cette affection est essentiellement chronique, mais certains cas « reproduisent la paranoïa chronique sous une forme abrégée, et comme tels, méritent bien la dénomination de paranoïa aiguë ». Nous avons vu plus haut la parenté des délires dégénératifs avec la confusion mentale et la psychose hallucinatoire aiguë. Cette parenté est encore plus étroite avec la paranoïa aiguë. Ségla le reconnaît en disant : « Magnan englobe tous ces cas aigus dans sa folie des dégénérés sous le nom de délires d'emblée et polymorphes. »

Nous ne croyons pas nécessaire d'insister plus longtemps sur cette phase de l'histoire des délires dégénératifs. Le lecteur qui s'y intéresse trouvera dans les trois travaux précités, toute la bibliographie française et étrangère de la question. Aussi bien au début du vingtième siècle toutes les idées des aliénistes sur ces psychoses furent bouleversées de fond en comble par les théories de Kraepelin, qui furent accueillies partout, et notamment en France, avec une très grande faveur. Pour Kraepelin la confusion mentale était une affection tout à fait exceptionnelle et qui relevait soit d'une infection, soit d'une auto ou exo-intoxication, la psychose hallucinatoire aiguë n'était envisagée, sem-

(1) SÉGLA. — *Leçons cliniques*, Paris, 1895. V. la 14^e leçon.

ble-t-il, que comme une variété de la forme précédente dont elle subissait bien entendu, le sort. Quant à la paranoïa aiguë elle était niée, purement et simplement. Ce furent, on le sait, la folie maniaco-dépressive et la démence précoce qui se partagèrent presque tous les cas aigus. La folie maniaco-dépressive, agrandie surtout dans la 7^e édition du Traité, d'une manière telle qu'elle finissait par englober les formes les plus disparates, menaçait de devenir l'unique maladie curable de toute la psychiatrie. Pour ce qui est de la démence précoce, la situation certes était plus délicate et plus complexe.

Tous les auteurs admettaient autrefois qu'une même psychose pouvait être curable ou bien passer à la chronicité et devenir incurable. Même Magnan, qui s'attachait toujours à préciser l'évolution des maladies mentales, dit en plusieurs endroits de ses leçons que telle maladie pouvait guérir ou bien, au contraire, devenir une « démence précoce ». Nombre d'observations étaient muettes sur l'évolution de la maladie. On donnait la description du tableau clinique et on négligeait de dire ce que devenait le malade. Kraepelin a prouvé, en décrivant la démence précoce, qu'au début même d'une maladie destinée à devenir chronique, il y avait des signes qui permettaient de prévoir cette chronicité. Lui et ses élèves pensèrent que les formes qui nous occupent ici (délires des dégénérés), relevaient de la démence précoce et que si on avait eu la patience de poursuivre assez longtemps l'observation de tel « dégénéré » ou de tel « confus » ou de tel « paranoïaque aigu », on aurait vu que ce n'était autre chose qu'un dément précoce. Nous l'avons dit plus haut : appliqué à la folie maniaco-dépressive, ce raisonnement est presque toujours faux. Mais il n'en est pas de même pour la démence précoce. De grosses erreurs de diagnostic furent ainsi évitées. Mais on alla trop loin dans cette voie et en utilisant précisément la même méthode, c'est-à-dire l'étude de l'évolution des psychoses, on s'aperçut que si nombre de cas — la majorité si l'on veut — de ces délires relevaient de la démence précoce, il en restait un reli-

quat appréciable que l'on ne savait plus où placer. Une réaction se dessina alors, de plusieurs côtés à la fois, contre l'abandon de toutes les idées qui avaient cours vers la fin du dix-neuvième siècle. Elle commença, il y a une quinzaine d'années et semble avoir abouti à quelques résultats. C'est l'étude de ce mouvement tout moderne qui va nous occuper maintenant.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, il y avait, avant l'intervention de Kræpelin qui a commencé à se faire sentir au commencement de ce siècle, deux groupes d'opinions : a) l'Ecole de Magnan ; b) les opinions de ceux qui ne partageaient pas les idées de l'Ecole de l'Admission et que nous avons rangés en trois catégories (confusion mentale, psychose hallucinatoire aiguë, paranoïa aiguë). Sous l'influence des théories kræpelinienes, les deux groupes subirent une éclipse. Une réaction survint ultérieurement (phase moderne de la question). Pour l'étudier, nous examinerons chacun des deux groupes séparément.

Les théories de l'Ecole de Magnan avaient très peu cours en Allemagne, malgré la traduction de Moebius. Aussi les auteurs nonobstant les déceptions causées en clinique par l'alternative démence précoce-folie maniaco-dépressive, n'eurent-ils jamais l'idée de les faire intervenir pour expliquer certains faits cliniques troublants qui ne rentraient pas dans les cadres kræpelinien. Ce fut surtout l'étude des psychoses pénitenciaires qui attira l'attention sur les délires des dégénérés. Ceux-ci étant très nombreux parmi les détenus, c'est dans ce milieu que se recrutent un grand nombre de délires dégénératifs aigus. Nous avons parlé des cas de ce genre dans un travail d'ensemble, fait en collaboration avec le D^r Arsimoles et paru en 1914 (1). Les premiers auteurs ayant écrit sur la question furent Siefert (2), Bonhoeffer (3), Birnbaum (4).

(1) Les psychoses pénitenciaires. *Archives de Neurologie*, juin 1914.

(2) SIEFERT. — Ueber die Geistesstörungen der Strafhaft. Halle, 1907.

(3) BONHOEFFER. — Klin. Beiträge z. Lehre von den Degenerations psychosen. Halle, 1907.

(4) BIRNBAUM. — Psychosen mit Wahnbildung. Halle, 1908.

Les travaux sur les délires dégénératifs se multiplièrent rapidement, citons ceux de Bornstein (1), Luther (2), Kutner (3), pour ne nommer que les principaux.

Qu'il nous soit permis de dire que nous avons, il y a déjà longtemps, parlé de ce mouvement de réaction contre ce que les doctrines de Kræpelin avaient d'exclusif, mouvement basé avant tout sur les travaux de Magnan (4). Mais ce mouvement resta généralement ignoré en France à tel point que Génil-Perrin, dans sa thèse de 1913 n'en fait pas mention (5). L'auteur semble dénier à l'œuvre de Magnan toute valeur nosologique actuelle. Pour lui, il s'agit simplement d'une question intéressant l'histoire de la médecine. Il nous paraît utile de faire ressortir quelques points particulièrement importants dans la symptomatologie de ces délires tels que les décrivent notamment Birnbaum et Bonhoeffer.

Birnbaum reconnaît nettement le rôle primordial joué par Magnan dans l'étude et la délimitation des délires des dégénérés. Il affirme, d'autre part, la parenté de ceux-ci avec les hystériques, à tel point que toute séparation entre eux est « artificielle ». Il n'y a pas de systématisation stricte du délire qui est essentiellement polymorphe, les idées morbides sont souvent simplement juxtaposées sans lien entre elles. Souvent on a l'impression que le malade est peu convaincu de ce qu'il dit, qu'il s'agit d'un délire d'imagination et qui n'est produit ni par des troubles sensoriels ni par des interprétations. Les convictions ne sont pas fortement

(1) BORNSTEIN. — Ueber psychotische Zustände bei Degenerativen. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*. Originallien. VII, 1911, p. 127.

(2) LUTHER. — Klin. Beiträge z. Frage d. degenerat. Irreseins. *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1909, p. 949.

(3) KUTNER. — Ueber Katat. Zustandsbilder bei Degenerierten. *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1909, p. 363.

(4) V. notamment : Psychoses hystéro-dégénératives. *Revue de Psychiatrie*, juillet 1910. — Un cas de psychose dégénérative post-émotionnelle. *Revue de Psychiatrie*, avril 1913. — Les attaques épileptoïdes des dégénérés. *Revue Neurologique*, 15 février 1914.

(5) GENIL-PERRIN. — Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale. *Thèse de Paris*, 1913.

assises, elles sont mobiles; variables et facilement influençables. Le début est souvent brusque, s'accompagnant d'excitation et de quelques phénomènes confusionnels. L'évolution est irrégulière, elle est parfois rapide, parfois, au contraire, pouvant durer de longues années.

La monographie de Bonhoeffer a été le premier travail d'ensemble paru après la vulgarisation des théories de Kræpelin et où la nécessité de revenir à Magnan pour l'appréciation des formes cliniques que nous étudions eût été formellement proclamée. Tout en reconnaissant que la découverte de la démence précoce a constitué un incontestable progrès, l'auteur ajoute : « Cette conception a reçu une extension telle qu'il s'en est suivi une simplification du diagnostic nullement légitimée par la réalité. Il faut surtout signaler dans ce sens la tendance de ranger dans le cadre de la démence précoce tout accès de folie de courte durée qui ne relève ni de la folie maniaco-dépressive, ni de l'hystérie ni de l'épilepsie. On dit alors que cet accès n'est qu'une phase de l'évolution dementielle et la guérison n'est considérée que comme une rémission ». Bonhoeffer fait également remarquer que la diminution des sentiments affectifs de certains dégénérés est parfois confondue avec l'indifférence affective des hébéphréniques. La légitimité de la classe des délires dégénératifs aigus lui paraît parfaitement justifiée. Bonhoeffer divise ces cas en trois groupes. Au premier groupe appartiennent les débiles instables qui font un accès délirant sans lien aucun avec leur personnalité antérieure. Des idées morbides apparaissent, avec quelques hallucinations de l'ouïe, sans confusion. Le second groupe est celui des sujets à tempérament paranoïaque qui, sous l'influence d'une idée prévalente, ont un délire plus ou moins systématisé mais finalement curable. Quant au troisième et dernier groupe, c'est celui des déséquilibrés qui échafaudent un délire caractérisé par l'oubli de leur personnalité réelle et par la tendance à faire un délire d'imagination avec interprétations rétrospectives ayant une allure générale de roman mythomaniac et hystérifor-

me. Le fait que ces malades manifestent parfois, sans aucune phase prémonitoire, les idées mégalomaniaques les plus échevelées confirme, dit Bonhoeffer, cette maxime de M. Magnan que le délire primitif de grandeur est la marque d'un cerveau taré.

Plusieurs auteurs allemands ont même élargi d'une manière exagérée le cadre de la dégénérescence. On peut signaler, dans cet ordre d'idées, Schroeder qui est allé dans cette voie infiniment plus loin que Magnan lui-même (1). Ce qui est intéressant chez cet auteur, c'est qu'il admet la possibilité d'apparition des accès dégénératifs en dehors de toute cause psychique appréciable. Il est d'accord sur ce point avec l'école de l'Admission, mais s'en sépare, ainsi que nous venons de le dire, par sa conception trop élargie de la diathèse dégénérative. Il affirme, et on sait combien ce fait est inexact, que M. Magnan englobait dans la dégénérescence mentale même la folie intermittente. Relevons cette autre erreur de Schroeder : le délire d'emblée serait un délire guérissant brusquement, mais se développant avec lenteur.

En Allemagne, nous venons de le voir, ce fut dans le retour aux idées de Magnan que se manifesta la réaction contre ce que l'alternative démence précoce-folie maniaco-dépressive avait d'excessif. En France, le même rôle fut dévolu à la confusion mentale. On sait que de nombreux auteurs, en particulier Régis, estimèrent que cette psychose était d'une très grande fréquence, à tel point que la démence précoce elle-même n'était parfois qu'une forme évolutive de la confusion mentale.

La psychose hallucinatoire aiguë a eu une fortune moins brillante que la confusion mentale. A peine trouve-t-on de temps en temps un travail qui lui soit consacré. Mentionnons celui de Bresowsky, élève de Ziehen, qui s'occupe des rapports entre la paranoïa aiguë hallucinatoire de Westphal avec l'amentia de

(1) SCHROEDER. — Die Spielbreite der Symptome beim Man. depr. Irresein und bei den Degenerations psychosen, Berlin, 1920. (Supplément à la revue *Monatschrift f. Psychiatrie*, n° 8).

Meynert (cette dernière est caractérisée avant tout par la prédominance de phénomènes confusionnels) (1). Ses conclusions nous ont paru très obscures. Elles peuvent se résumer en deux mots ainsi : ces deux psychoses sont très proches l'une de l'autre, l'état confusionnel est dû à l'épuisement, à l'intoxication et à l'infection. On peut se demander toutefois si, à l'avenir les formes hallucinatoires ne vont pas gagner du terrain, précisément aux dépens des formes confusionnelles. Une analyse patiente de l'état mental du malade permet parfois de constater que la prétendue confusion se réduit à peu de choses. Chaslin avait noté, dans son traité, que les hystériques, dont nos dégénérés délirants se rapprochent tellement, n'avaient qu'une « soi-disant confusion ». Plongé dans son délire onirique, « l'hystérique est absorbé par son rêve, distrait et non confus » (2). Dide dit expressément qu'il a vu trois cas de délire onirique non confusionnel qui ont rapidement guéri (3). Rappelons enfin que R. Charpentier a montré que même dans les délires toxi-infectieux (à plus forte raison par conséquent dans ceux qui nous occupent ici), la confusion mentale est loin de jouer le rôle immense qu'on lui assigne. Il dit nettement : « l'onirisme hallucinatoire peut donc exister sans confusion mentale » (4).

La paranoïa aiguë doit nous arrêter beaucoup plus longtemps que la confusion mentale et la psychose hallucinatoire aiguë. En effet, c'est surtout sous cette étiquette plutôt que sous celle de confusion mentale ou de psychose hallucinatoire qu'étaient décrits par les adversaires des théories de Magnan, les délires dégénératifs. Nous venons de voir ce qu'étaient devenues, après l'intervention de Kræpelin, la confusion men-

(1) BRESOWSKY. — Ueber die Beziehungen der paranoia acuta hallucinatoria z. Amentia. *Monatschrift f. Psychiatrie*, 1910, vol. 27 et 28.

(2) CHASLIN. — *Eléments de séméiologie et clinique mentales*. Paris, 1912, p. 608.

(3) DIDE. — Syndromes dits « commotionnels ». *Revue Neurologique*, mai-juin 1918, p. 533.

(4) R. CHARPENTIER. — L'onirisme hallucinatoire. *Revue Neurologique*, 1919, p. 755.

tale et la psychose hallucinatoire. Voyons maintenant ce qu'est devenue la paranoïa aiguë.

En 1909, Thomsen publia un important article sur cette question, qui fut vivement commenté partout, et notamment en France, par Trénel (1). L'historique de la question est divisé en deux parties :

a) Jusqu'en 1893 inclus (année où parut le rapport de Cramer) (2) ;

b) De 1894 à 1908. Au cours de la première époque, la notion de la paranoïa fut prise dans un sens très large, nous le savons d'ailleurs par les leçons de Séglas. D'autre part, on commettait couramment, dit Thomsen, une erreur de méthode, une erreur doctrinale très fâcheuse. La classification était basée sur la symptomatologie, l'évolution n'était pas prise en considération. Il en résultait qu'on publiait des observations étiquetées « Paranoïa aiguë » et qui se rapportaient à des cas curables ou à des épisodes aigus au cours d'une affection chronique. Dès lors, ce diagnostic était posé à chaque instant, à tort et à travers. La deuxième période est caractérisée par l'influence de plus en plus grande que prennent sur les esprits les théories de Kræpelin. Nous y revenons à plusieurs reprises dans le courant de ce travail et nous supposons qu'elles sont assez familières au lecteur. Mais elles ne sont pas acceptées sans résistance. Koeppen, en 1899, affirme l'existence d'une paranoïa aiguë quoique dans un sens plus restrictif que les auteurs de la période précédente (3) : Au point de vue symptomatologique, prédominance très nette de l'élément délirant ; au point de vue de l'évolution, curabilité sauf parfois passage à un état délirant chronique (mais sans démence). Donc, double restriction par rapport aux auteurs de la première période.

Dans son historique très étendu, Thomsen étudie également les opinions des auteurs français, notam-

(1) THOMSEN. — Die acute Paranoia. *Archiv. f. Psychiatrie*, vol. 45, n° 3.

(2) CRAMER. — Abgrenzung und Differential diagnose der Paranoia. *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, vol. 51.

(3) KOEPPEN. — Paranoia acuta. Congrès de Halle, avril 1899. *V. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, vol. 56, p. 637.

ment de Magnan, mais pour repousser nettement la théorie de la dégénérescence.

En se basant sur de nombreuses observations personnelles, Thomsen arrive à cette conclusion que la paranoïa aiguë constitue une entité morbide bien définie, ou plutôt que la paranoïa peut être indifféremment aiguë ou chronique. La maladie est caractérisée par l'existence d'un délire systématisé, avec ou sans hallucinations, pouvant s'accompagner de confusion plus ou moins profonde, d'agitation parfois violente ou de dépression allant jusqu'à la stupeur. La guérison serait la règle.

Le travail de Thomsen a été vivement critiqué par Kleist (1). Il lui reproche surtout d'avoir englobé dans le cadre de la paranoïa aiguë des cas où les troubles d'ordre affectif étaient prédominants par rapport aux troubles délirants ou hallucinatoires (états expansifs, mélancoliques, anxieux, etc.). Ces cas seraient donc à rapprocher de la folie maniaco-dépressive. Mais Kleist, pour sa part, n'admet guère cette dernière psychose dans le sens si étendu que lui donne l'Ecole de Kræpelin. Pour lui, il s'agit en somme de sujets prédisposés qui font une psychose soit à l'occasion d'une émotion soit même sans cause psychique provocatrice. Ce dernier groupe répond manifestement aux malades atteints de ce que Wernicke appelait « l'autopsychose expansive aiguë par idées autochtones » (2). Un article récent a été consacré à cette forme par Bostroem (3).

Trénel, qui a rendu compte du travail de Thomsen à la Société médico-psychologique, semble ne pas partager l'opinion de ce dernier sur la parenté de la paranoïa aiguë avec les délires systématisés chroniques. Il rattache ces cas aux délires polymorphes de Magnan (4).

(1) KLEIST. — Die Streitfrage d. acuten Paranoïa. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, 1911, vol. 5, p. 366. Originalien.

(2) WERNICKE. — *Grundriss d. Psychiatrie*, 1906, 29^e leçon, p. 319.

(3) BOSTROEM. — — Die expansive Autopsychose durch autochthone Ideen. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, 1920, vol. 60, p. 213.

(4) TRÉNEL. — Note sur la question de la paranoïa aiguë. *Annales Médico-Psychologiques*, 1910, XII, p. 446.

Willige a consacré, en 1914, un travail très étendu aux « maladies paranoïaques aiguës » (1). Il décrit l'existence de ce syndrome dans nombre d'affections mentales et s'arrête tout spécialement sur la dégénérescence: Il se demande s'il est légitime de décrire une paranoïa aiguë indépendante de toute étiologie déterminée, c'est-à-dire survenant chez des individus n'ayant aucune tare psychopathique, ne présentant aucune affection psychique endo ou exogène. Thomsen résolvait cette question affirmativement. Willige croit qu'il s'agit de faits possibles, mais excessivement rares. Il semble vouloir dire que Thomsen a beaucoup exagéré la fréquence de ces formes autonomes et qu'il a notamment rangé dans ce cadre des psychoses relevant de l'involution.

Dans un travail récent consacré à la « paranoïa », un auteur qui semble assez indépendant de toute école, le D^r Krueger, défend une opinion assez éclectique (2). Il repousse l'expression de « paranoïa aiguë », en quoi il est d'accord avec Kræpelin. Mais il reconnaît qu'il existe des cas évoluant, d'une manière aiguë ou sub-aiguë, vers la guérison et qui se caractérisent par l'existence d'un délire plus ou moins systématisé, avec hallucinations presque constantes et possibilité de phénomènes confusionnels. De tels états s'observent dans toutes sortes de maladies mentales: démence précoce, intoxications diverses et surtout alcoolisme, psychoses séniles, paralysie générale, confusion mentale, idiopathique. (Il va sans dire que la maladie causale continue à évoluer pour son compte, une fois l'accès aigu disparu, comme par exemple la démence précoce). Mais il y a aussi des accès véritablement autonomes qui sont tantôt récidivants et pouvant être alors rangés dans le cadre de la folie maniaco-dépressive, et tantôt, quand on n'observe qu'un seul accès, devant être rangés dans le cadre des « psychoses délirantes dégénératives ».

(1) WILLIGE. — Ueber acute paranoische Erkrankungen. *Archiv. f. Psychiatrie*, vol. 54, p. 121.

(2) KRUEGER. — Die paranoia. Berlin, 1917.

Sérieux et Capgras se demandent si on doit admettre « une forme aiguë et curable du délire d'interprétation, de même que les différents auteurs allemands et Séglas en France décrivent une paranoïa simple, aiguë » (1). Ils ne le pensent pas et estiment que si certains délires d'emblée et certains délires polymorphes reposent « presque exclusivement sur des interprétations », on n'en arrive pas moins, finalement, à faire le diagnostic différentiel, en se basant surtout sur l'évolution.

Pendant la guerre on a signalé l'apparition de délires du genre de ceux que nous étudions ici. Jean Lépine en a parlé dès 1916 et il a décrit des formes qui tournent court, sans qu'apparaisse un délire bien net (le tout se borne à des illusions et à des interprétations délirantes) et sans hallucinations, et d'autres formes dans lesquelles la maladie avait l'apparence d'un « délire de persécution incurable », et qui pourtant guérissait d'une façon complète (2). Pfersdorff parle de délire de persécution avec excitation parfois anxieuse et possibilité, dans certains cas, d'idées délirantes de grandeur. L'influence psychogène sur l'apparition de ces délires lui paraît manifeste (3).

Trois formes cliniques doivent encore être mentionnées comme se rapprochant de la paranoïa aiguë et curable : la psychose imaginative aiguë de Dupré et Logre ; — la paranoïa atténuée de Friedmann ; — la paranoïa abortive de Gaupp.

La psychose imaginative aiguë essentielle (les délires d'imagination symptomatiques ne rentrent pas dans le cadre de ce travail) est, ainsi que le reconnaissent les auteurs eux-mêmes, une variété de bouffées délirantes de Magnan. Le délire ne dérive pas « d'un processus paralogique », comme c'est le cas chez les interprétants, mais « d'un processus intuitif et de cette

(1) SÉRIEUX et CAPGRAS. — Le délire d'interprétation. Paris, 1909. p. 269.

(2) J. LÉPINE. — Travaux du Centre de Psychiatrie de Lyon. *Revue Neurologique*, 1916, II, p. 700.

(3) PFERSDORFF. — Ueber paranoïde Erkrankungen im Felde. Congrès de Bade, mai 1918, cité d'après la *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*. Referat., vol. 18, 1919, p. 44.

tendance personnelle au mensonge, à la fabulation et à la simulation » que Dupré a décrits sous le nom de mythomanie. Ces malades sont des « déséquilibrés de l'imagination » (1).

La paranoïa atténuée est caractérisée par le peu d'extension du délire et par la possibilité de guérison en deux ou trois ans (2). Nous avons déjà parlé de cette forme dans deux travaux antérieurs (3). Sérieux et Capgras la mentionnent dans leur monographie. Ils émettent cette opinion que nous croyons juste dans la presque totalité des cas, que le délire d'interprétation même atténué ne peut guérir et que, par conséquent, la forme de Friedmann ne saurait être rigoureusement identifiée avec lui (4).

Dans la forme abortive, ce qui domine c'est l'existence d'un état à la fois dépressif et paranoïaque qui s'accompagne d'une certaine conscience de la maladie et qui semble accessible d'une manière toute particulière à la psychothérapie. L'évolution est généralement bénigne (5).

Il est intéressant d'examiner de quelle façon sont envisagés les délires dégénératifs dans la dernière édition du Traité de Kræpelin (6). La dégénérescence mentale y occupe une place qu'elle n'a jamais occupée dans les éditions précédentes, mais l'autonomie clinique des formes que nous étudions ici ne semble pas expressément reconnue. Kræpelin considère comme très important le fait que ces formes surviennent sous l'influence des causes psychiques ; l'importance du facteur dégénératif s'en trouve diminuée d'autant. Pourtant même parmi les psychoses pénitenciaires, il y au-

(1) DUPRÉ et LCGRE. — Les psychoses imaginatives aiguës. *Annales Médico-Psychologique*, août-septembre 1914, p. 144.

(2) FRIEDMANN. — Beiträge z. Lehre von der Paranoia. *Monatschrift f. Psychiatrie*, mai et juin, 1905.

(3) La folie par contagion mentale. Paris, 1906. — La forme atténuée du délire d'interprétation. *Revue de Psychiatrie*, août 1909.

(4) L. c., p. 174.

(5) GAUPP. — Ueber paranoische Veranlagung und abortive paranoia. *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1910, p. 317.

(6) KRÆPELIN. — *Psychiatrie*, 8^e édition, 4^e volume, 1915.

rait, dit-il, une forme clinique spéciale qui, elle, relèverait surtout de la dégénérescence mentale, le facteur émotionnel ne jouant que le rôle d'une cause occasionnelle. On constate dans ces cas, la présence de phénomènes hystériformes très nets. D'autre part, le contenu du délire est moins en rapport avec la cause psychogène que dans les autres folies pénitenciaires, et le polymorphisme ainsi que l'instabilité et la variabilité du tableau clinique sont tout à fait remarquables. Le plus souvent il s'agit d'un délire imaginatif, sans lien aucun avec la personnalité du sujet. On observe enfin des troubles de l'humeur et des périodes confusionnelles plus ou moins accusées. Lorsqu'il s'agit d'idées délirantes relativement bien systématisées, se pose la question de la paranoïa. Celle-ci répond, d'après Kræpelin, exactement au délire d'interprétation de Sérieux et Capgras. C'est dire que l'évolution chronique et l'incurabilité en sont la règle. Pourtant certains cas sont certainement curables. Il n'est pas facile, d'après Kræpelin, de classer les faits de cet ordre. Abstraction faite des formes décrites par Friedmann et par Gaupp, il y a lieu de tenir compte des « bouffées délirantes des dégénérés », isolées par Magnan. L'auteur en rangerait volontiers un certain nombre dans la folie maniaco-dépressive, quant aux autres leur dépendance de la dégénérescence mentale ne ferait décidément aucun doute. Kræpelin va plus loin et reconnaît volontiers que paranoïa et délire dégénératif psychogène sont en somme des psychoses de la même famille morbide. Ils représenteraient, dit-il, des formes typiques entre lesquelles il y aurait tous les intermédiaires. C'est là une concession importante faite à l'école de Magnan, il est essentiel d'en prendre note car il y a là les premiers éléments d'un pont qu'il serait intéressant de jeter entre les deux conceptions, celle de Magnan et celle de Kræpelin, différentes certes, mais moins qu'on ne le croit généralement, car basées toutes les deux sur l'importance primordiale attribuée à l'évolution dans la classification des psychopathies. Pour ce qui concerne la paranoïa aiguë de Thomsen, Kræpelin se range à l'avis de Kleist, c'est-à-

dire qu'il la nie pour autant qu'il ne s'agit pas de formes que nous venons de mentionner tout à l'heure.

Nous essaierons de donner maintenant un aperçu d'ensemble de la question et d'exposer notre manière de voir.

Ainsi que nous l'avons déclaré au seuil même de notre travail, nous attachons la plus grande importance au fait de pouvoir dégager du grand chaos des psychoses des maladies mentales autonomes. La psychose délirante dégénérative aiguë est une de ces maladies mentales autonomes, et c'est à Magnan que revient l'honneur de l'avoir découverte et décrite le premier. Elle apparaît uniquement chez des prédisposés, les causes psychiques jouent un grand rôle dans son apparition (folie psychogène). Sa symptomatologie est caractérisée par le développement rapide (pas toujours brusque et jamais lent), d'un délire plus ou moins cohérent, souvent instable, variable et superficiel. Ce délire ne présente aucune tendance à se développer logiquement, il peut atteindre d'emblée son acmé. En dehors des interprétations morbides et des hallucinations, on peut trouver à la base de ce délire un élément imaginaire. Cette psychose peut être accompagnée d'un certain degré de désorientation. On trouve, d'une façon presque constante, soit de l'excitation, soit de l'anxiété. L'évolution vers la guérison est la règle.

Il s'agit de déterminer la place que cette psychose doit occuper en nosologie.

Elle n'a, bien entendu, rien de commun avec la démence précoce, laquelle ne peut jamais être considérée comme la suite ou comme l'aggravation d'un accès dégénératif. Une psychose ne se transforme jamais en une autre psychose ; c'est là un principe qui ne souffre guère d'exceptions. Nous ne considérons pas comme exacte la division de cette affection en hébéphréno-catatonie et démence paranoïde. Mais ce qui est la vérité, c'est que la conception primitive de la démence précoce a été trop large. Le délire chronique et les états voisins (le groupe des paraphrénies) en ont été distraits. Ce qui est plus important pour nous, c'est que bien des états qualifiés à tort de dé-

mentiels guérissent (l'hébétéphrénie ne guérit pour ainsi dire jamais). Or, parmi ces cas « curables » et qui ne sont en réalité que des erreurs de diagnostic, les uns ressortissent à la folie maniaco-dépressive, les autres à la dégénérescence mentale. Cette dernière est plus fréquente qu'on ne le croit, et ses manifestations cliniques n'ont rien à voir — ici encore Magnan avait raison — avec la folie intermittente. Si certains cas font penser à la démence précoce au début (ou à la démence précoce évoluant par poussées successives), d'autres se présentent comme un accès confusionnel. Mais la confusion mentale est rare si l'on excepte les cas de psychose infectieuse, exo ou auto-toxique, elle est infiniment plus rare qu'on ne le croit généralement. Il s'agit bien souvent de pseudo-confusion, le malade étant trop absorbé par son délire pour répondre correctement. Baillarger connaissait déjà ces faits, et Magnan y insistait toujours dans son enseignement oral. Mais même lorsqu'elle existe, elle peut relever de la dégénérescence, depuis la forme avec agitation et troubles sensoriels intenses jusqu'à la stupeur. La dernière guerre a précisément permis de vérifier ce fait dont l'école de l'Admission a toujours affirmé la possibilité. Mais une question se pose : c'est celle de savoir à quel point la psychose délirante dégénérative aiguë peut et doit être distinguée des autres accès dégénératifs. Nous l'avons appelée aiguë, c'est dire qu'elle n'a rien à voir avec le délire d'interprétation ou le délire de revendication qui sont des maladies essentiellement chroniques. Mais que penser de ses rapports avec les manifestations dégénératives aiguës autres que les délires ? Une certaine parenté entre tous ces états dégénératifs aigus ne nous paraît pas contestable. Mais rien ne dit qu'on ne puisse distinguer dans ce groupe des formes plus ou moins autonomes. L'avenir seul dira si nous devons donner ce nom de psychose délirante dégénérative aiguë à tout accès dégénératif aigu ou bien si on doit le réserver aux cas où prédominent les phénomènes délirants. En d'autres termes : la psychose délirante dégénérative aiguë est bien une maladie autonome, mais ses limites

ne peuvent être encore précisées avec exactitude. L'intervention chez beaucoup de malades de ce genre de l'élément hystérique complique la situation. Ce point appelle de nouvelles recherches. Elles permettront peut-être de dire s'il y a lieu de créer dans le cadre des folies dégénératives aiguës des sous-groupes, tels que par exemple : le délire dégénératif proprement dit, la stupeur, les états de puérilisme, le syndrome de Ganser. Si oui, — et c'est notre impression — la psychose étudiée dans notre travail aura évidemment un cadre assez restreint. Sinon ce cadre devra être élargi et comprendre des formes cliniques très proches et pouvant au besoin passer l'une dans l'autre. Cette question n'a d'ailleurs pas une très grande importance. Ce qui en a une c'est le fait qu'après une trop longue éclipse certaines conceptions de Magnan reviennent à l'ordre du jour. Seules elles nous permettent de voir clair dans bien des cas embarrassants et paraissant difficilement classables. *Habent sua fata libelli.*

APERÇU HISTORIQUE SUR LE RÉGIME DES ALIÉNÉS ⁽¹⁾

Par MM. J. RAYNIER et H. BEAUDOUIN

La législation française en matière d'assistance et de régime des aliénés date de 1838 : elle est un résultat de l'évolution des idées déjà perceptible à la fin du XVIII^e siècle.

Au commencement du XIX^e siècle, Pinel, puis Esquirol, démontrant la curabilité de la folie, donnent une heureuse impulsion : grâce à leur initiative et à leurs travaux, — sans oublier ceux de leurs précurseurs — se substitue aux traitements trop souvent barbares d'autrefois une assistance médicale et scientifique ; et l'idée se répand que, à côté des mesures de sécurité, s'imposent aussi des devoirs envers la personne des aliénés qui sont « réhabilités et élevés au rang et à la dignité de malades »...

Cette législation, accueillie d'abord comme un bienfait, a donné lieu plus tard à des critiques passionnées et souvent injustifiées sur le thème des séquestrations arbitraires. Diverses tentatives ont été faites pour la réviser. On n'oubliera pas les grands services qu'elle a rendus et, si des remaniements s'imposent pour la moderniser, la rajeunir, l'adapter mieux aux progrès de la médecine et de la sociologie, ainsi qu'aux conceptions des diverses catégories de malades, il restera nombre des sages dispositions qui, avant leur promulgation, ont fait l'objet de très sérieuses études.

Avant de passer à l'examen de cette législation et de sa pratique, peut-être ne sera-t-il pas inutile de donner un bref aperçu historique du régime des aliénés dans le passé.



(1) Chapitre introductif d'un travail complet sur les aliénés et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique.

L'antiquité a connu et décrit la folie aux époques les plus reculées (Égyptiens, Juifs (*Nabuchodonosor*), Grèce antique). Elle la considérait, avant l'époque où apparaissent les notions vraiment médicales, comme une manifestation divine : les aliénés sont amis des Dieux (inspirés prophétiques), ou en proie à des divinités infernales ; les insensés possédés par des divinités vengeresses sont recueillis dans les temples et soignés par les prêtres.

Hippocrate (460 ans avant J.-C.) appartenait à une famille de prêtres : il est le créateur de la médecine mentale, car il eut le premier le mérite de reconnaître la nature pathologique de la folie et d'en instituer un traitement médical, en combattant les pratiques médico-religieuses jusqu'alors usitées.

Des progrès se marquent au cours de la période alexandrine et de la période gréco-romaine : l'histoire médicale de la folie est représentée alors par les noms d'Hérophile, de Celse, d'Arétée, de Coelius Aurélianus, de Galien...

Le droit romain, source du droit français, avait consacré l'incapacité de l'aliéné et ses dispositions intervenaient à propos des droits de famille (puissance paternelle et dominicale, mariage et divorce), et à propos des droits de patrimoine, pour la garantie des intérêts pécuniaires (transmission, acquisition et répudiation des hérédités ; gestion des biens ; curatelle, etc.).

Le droit public lui-même prévoyait certaines incapacités : la législation pénale admettait l'irresponsabilité en faveur de l'inconscient inculpé pour une faute commise dans un intervalle pathologique : celui-ci était en général démontré par la notoriété publique.

L'assistance et la protection de la liberté individuelle ne paraissent pas autant avoir préoccupé les esprits : les insensés inoffensifs étaient gardés dans les familles, à qui incombait le soin d'assurer la garde et le traitement ; quant aux aliénés dangereux, ils pouvaient être incarcérés en des lieux de détention (prisons destinées à punir et à contenir) ou recueillis dans des établissements charitables développés sous Justinien.

On admet généralement la réunion d'un certain nombre d'aliénés en des lieux déterminés en tirant argument des observations comparatives précises laissées par Celse, Cœlius Aurélianus, Soranus d'Ephèse, Galien...

De la condition des aliénés à Rome, il est nécessaire de retenir une institution juridique : celle de la curatelle des fous. On distinguait alors deux classes de fous : le « furiosus », présentant des intervalles lucides, et le « mente captus », n'en présentant pas.

Primitivement, le « furiosus » était seul pourvu d'un curateur : plus tard les progrès du droit en firent également pourvoir le « mente captus » (curatelle légitime, testamentaire, déferée par le magistrat).

Alors que le « mente captus » restait toujours incapable, le « furiosus », à l'inverse de l'interdit de notre Code civil (art. 502), était *capable*, pendant ses intervalles lucides, au cours desquels cessaient les fonctions du curateur. Celui-ci, comme le tuteur de notre droit français, avait pour mission de gérer les biens du malade : il était responsable de sa gestion.

Le droit romain connaissait encore une incapacité et une curatelle du prodigue : il y avait là une sorte d'interdiction, qui s'appliquait après un décret du magistrat.



Au moyen âge, l'oubli des enseignement médicaux du passé va de pair avec le retour aux superstitions primitives : en même temps que s'obscurcissent les notions scientifiques, se manifeste la croyance aux esprits surnaturels, à la possession démoniaque, à la magie et à la sorcellerie ; il en résulte une influence déplorable sur la situation des aliénés. Ceux-ci deviennent parfois des victimes livrées au supplice, malgré les écrits de certains théologiens, dont saint Thomas d'Aquin (xiii^e siècle), qui proclamait l'irresponsabilité morale des insensés, malgré aussi les dispositions des lois canoniques ordonnant de faire appel aux médecins pour apprécier la folie dans les procès de sorcellerie.

A partir du xvi^e siècle, à la faveur de la Renaissance, des écrivains (Montaigne, Rabelais...), des philanthro-

pes (saint Vincent de Paul, les frères de St-Jean de Dieu, etc.), et des médecins (Zacchias, Sydenham, Willis, Vieussens, Morgagni, Sauvages, Cullen, Pomme, Lieutaud, Tissot), s'emploient à détruire les préjugés du public et de certains médecins ; tout en préconisant en thérapeutique des procédés rationnels, la douceur et la psychothérapie, ils cherchent à dissiper l'ignorance, à revenir aux saines traditions. Par étapes, la médecine mentale réalise des progrès qui préparent l'avènement de la période moderne, inaugurée par Pinel et Esquirol, mais préparée déjà par les précurseurs, auxquels il faut ajouter les noms des Inspecteurs généraux Doublet et Colombier et celui de Tenon qui, avant la Révolution, s'étaient occupés d'étudier, soit pour le gouvernement, soit pour l'Académie des Sciences, la thérapeutique des aliénés et les moyens de créer des asiles spéciaux.

Les dispositions juridiques léguées par Rome survivent dans une certaine mesure dans les pays de droit écrit ; dans les pays de droit coutumier, les juriscultes paraissent s'occuper de la situation des fous vers le ^{xiii}^e siècle. L'interdiction prend place dans notre ancien droit français à une époque inconnue ; mais cet ancien droit n'a jamais présenté sur la question ni des dispositions ni une théorie complète et homogène. Au point de vue pénal, il admettait l'atténuation pour cause de folie.

Passée la période des superstitions, instauré le renouveau de l'enseignement médical, on ne voit pas encore se produire un essai d'organisation méthodique de l'assistance. Une seule préoccupation reste dominante, celle de la tranquillité et de la sécurité publiques : les aliénés calmes ou non dangereux erraient alors librement, exposés à la risée publique ou aux brutalités ; les furieux, enfermés dans des donjons ou des cachots, étaient mis dans l'impossibilité de nuire... et de guérir.

Cependant, peu à peu, s'organisait un mode officieux d'assistance : quelques aliénés étaient recueillis et soulagés par des religieux dans des monastères. Le premier établissement d'aliénés fut fondé, dit-on, en

Europe, au xv^e siècle, à Valence (Espagne), par des religieux de l'ordre militaire de la Merci, qui, en relations avec les populations musulmanes d'Orient pour le rachat des prisonniers chrétiens, y avaient connu l'existence d'établissements spéciaux.

Au xvi^e siècle, à Marseille, existait un établissement destiné aux aliénés, l'hospice d'incurables de Saint-Lazare ; vers la même époque, à Avignon, les Pénitents noirs de la Miséricorde ouvrent un établissement célèbre dans les annales de l'Assistance aux aliénés ; dans le Nord, les frères du Tiers-ordre de saint François, se consacrent au soulagement des « insensés » par l'assistance hospitalière et l'assistance à domicile.

Au xvii^e siècle, apparaît l'intervention des pouvoirs publics ; une ordonnance du 16 septembre 1660 réserve aux aliénés quelques places dans les hôpitaux et prescrit que les fous seront reçus provisoirement à l'Hôtel-Dieu, et séparés des autres malades. S'ils n'étaient pas guéris après un traitement sommaire, ils devaient être envoyés soit aux Petites-Maisons, soit à Charenton, la Salpêtrière ou Bicêtre.

La situation générale des aliénés dans les Hospices, ou dans les « Sanitas », où ils étaient confondus avec des contagieux, des galeux, des vagabonds, des mendiants, des vénériens, et hébergés dans des locaux sans apparence quelconque de spécialisation, constituant — sauf exceptions rarissimes — des renfermeries où aucun traitement n'était possible ou appliqué, était dans l'ensemble, au point de vue moral, matériel et thérapeutique, misérable.

Elle a fait l'objet de descriptions saisissantes qui sont demeurées classiques (Pinel délivre les aliénés de leurs fers)...



Devenu médecin de Bicêtre en 1792, Pinel redonna en France le signal de la réforme du régime des aliénés, signal retentissant : il mit fin aux mauvais traitements et à l'usage des chaînes et provoqua en faveur de ces malheureux un mouvement philanthropique général : à cette époque de réformations d'ordre social,

ce mouvement aboutit, après des améliorations d'abord assez lentes, à la législation d'ensemble qui nous régit aujourd'hui et qui, depuis 1838, améliora le sort des malades pour arriver progressivement à l'assistance actuelle.

L'important mouvement déclenché surtout par Pinel et par Esquirol ne s'est pas traduit dans notre droit intermédiaire par des dispositions légales corrélatives et les quelques documents qu'on retrouve ne reflètent pas les idées humanitaires émises à cette époque en faveur des aliénés : ils concernent, non pas tant l'assistance et la protection de la liberté individuelle que la sécurité publique.

Une loi du 16-24 août 1790 (police municipale) confie (Titre XI, art. 3) à l'administration municipale le soin d'obvier et de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les furieux en liberté. La loi du 26 mars 1790 ordonnait la constatation médicale de l'état des personnes détenues pour cause de démence, afin de les diriger sur les hôpitaux qui seraient ultérieurement désignés (ils ne le furent jamais).

L'article 15 de la loi du 19 juillet 1791 édictait des peines contre ceux qui laisseraient « divaguer les aliénés » confiés à leurs soins.

Une loi de Vendémiaire, an II (titre 3, art. 7), permettait, en contradiction et en recul par rapport à la loi précitée du 26 mars 1790, le dépôt des aliénés indigents dans les maisons de répression. Mais cette disposition devait, par la suite, disparaître, puisqu'une circulaire de fructidor, an XII, prescrivait que les aliénés ne pouvaient être détenus qu'en vertu d'un jugement provoqué par les familles.

Cependant, les aliénés étaient admis de plus en plus nombreux dans les hospices, un décret du 10 avril 1792 avait fait participer les aliénés aux secours accordés aux hospices ; quant aux frais de leur entretien, il n'y avait pas de règle fixe : admise parfois comme charge communale, cette dépense était dans d'autres cas considérée comme une charge départementale, les mesures prises à l'égard des aliénés constituant un

acte de police administrative relevant de l'autorité préfectorale. Toutefois les hospices, soit en vertu de fondations spéciales, soit sur leurs fonds généraux, étaient appelés à concourir aux frais de cet entretien. La préoccupation d'établir une règle définitive à ce sujet, motiva l'arrêté ministériel du 6 novembre 1815. S'appliquant en principe aux hospices de la Seine, il servit longtemps en pratique de règle commune. Aux termes de cet arrêté, la dépense devait être supportée par les familles, à défaut de ressources par la commune, à défaut enfin par le département.

Avant le vote de la loi de 1838, diverses dispositions intervinrent qui eurent pour but d'établir les bases de répartition des charges entre la commune et le département. Nous touchons ici de près aux dispositions de la législation actuelle.

Comme il est facile de s'en rendre compte, la législation concernant les aliénés ne s'orientait pas, avec ces réglementations fragmentaires, vers la solution d'ensemble d'un problème qui comportait trois termes :

Assurer une assistance méthodique et généralisée ;

Protéger la liberté individuelle en même temps que la sécurité publique ;

Sauvegarder les intérêts pécuniaires des malades.

Ce dernier desideratum n'avait pas davantage reçu satisfaction dans le régime instauré par le Code civil qui, — à part quelques articles applicables à l'incapacité de fait résultant de l'aliénation mentale, — n'avait organisé la protection des intérêts que d'un petit nombre d'aliénés, en réglant les conditions et la procédure de l'interdiction, ainsi que ses conséquences ; le Code civil laissait donc, en raison de difficultés multiples, insuffisamment protégés les intérêts pécuniaires de la plupart des aliénés.

La réglementation devenue nécessaire fit l'objet de nombreuses études et d'une préparation des plus minutieuses : « Enquêtes à partir de 1813 sur l'organisation du service, établissement de statistiques, inspections générales qui révélèrent des énormités, et, tenant compte de l'opinion scientifique et du mouvement médical, rendirent indiscutable la nécessité d'une orga-

nisation définitive, donnèrent les éléments de la préparation du projet gouvernemental élaboré par le Conseil d'Etat dès 1836, et consacrèrent le dernier terme de l'évolution historique du régime des aliénés, c'est-à-dire cet établissement spécialisé qui est l'asile. »

Cette préparation aboutit à la promulgation de la loi du 30 juin 1838, qui réalisait le triple but déjà invoqué :

1° Elle provoquait la création sur tout le territoire français, d'établissements spéciaux, dont elle déterminait le fonctionnement et les moyens financiers, en réglant le paiement des dépenses occasionnées par les soins à donner aux aliénés indigents ;

2° Elle prescrivait des mesures protectrices de la liberté individuelle pour empêcher les séquestrations arbitraires ;

3° Elle déterminait la condition juridique des aliénés internés.



Nous avons déjà noté l'accueil que reçut cette loi bienfaisante et bien étudiée dans ses détails. Son succès ne fut pas de longue durée : des attaques violentes et passionnées, basées d'abord sur la crainte des séquestrations arbitraires, inspirèrent, dès 1870, des propositions de réforme (Gambetta et Magnin). Depuis lors, ont vu le jour de nombreuses propositions ou projets de loi, motivés pour la plupart par des considérations autres que les séquestrations arbitraires ; citons ceux de Th. Roussel (1884), de Reinach (1890), de Dubief (1896 à 1907). Cette dernière proposition, votée en 1907 par la Chambre des Députés, était rapportée au Sénat par M. Strauss, en 1913 ; adoptée en première lecture, elle ne put recevoir définitivement la sanction de la Haute Assemblée.

Entre temps, dans le cours du siècle dernier, et jusqu'à nos jours, se manifestaient des progrès dont l'honneur revient à des médecins dont le nom est connu de tous les psychiatres modernes : en même temps qu'on connaissait mieux les aliénés, on concevait, dans leur classement, au point de vue social, hospitalier et

thérapeutique, des séparations mieux adaptées aux faits.

La caractéristique de ces doctrines et de ces acquisitions médicales a été de lier indissolublement la médecine mentale à la pathologie et à la biologie générales, tout en précisant plus étroitement ses rapports avec la sociologie, l'assistance moderne et la défense sociale.

Mais on peut se rendre compte des deux tendances principales qui inspirent les remaniements de la législation des aliénés : d'une part instituer le rôle unique de l'autorité judiciaire dans le placement, d'autre part, supprimer l'intervention de l'initiative privée dans le traitement des aliénés indigents, telles sont les deux tendances qui, inspirées par la crainte des séquestrations arbitraires, veulent répondre aux préoccupations d'un public mal averti et qui croit à l'insuffisance notoire des garanties légales. Si des séquestrations arbitraires se produisent, c'est en dehors des asiles ; nous n'insisterons pas, puisque l'essentiel de notre but est d'étudier le sort de l'aliéné interné.

A notre avis, et pour la plupart des psychiatres, l'essentiel de la question est ailleurs : sans préjudice des précisions et distinctions à apporter dans le régime juridique, dans l'extension de l'administration provisoire légale à une catégorie d'établissements qui en est encore privée, il s'agit surtout d'améliorations à introduire dans le bénéfice de l'assistance et de la modernisation des voies et des moyens financiers aptes à rendre cette assistance obligatoire, de plus en plus élargie, et surtout plus précoce.

Il y a lieu avant tout de faire de l'asile un organisme aménagé dans les conditions optima pour le traitement hospitalier des psychopathes aigus et curables dont on doit faciliter l'admission. Il y a lieu de l'adapter minutieusement aux catégories de malades qu'il est appelé à recevoir définitivement ou temporairement parmi lesquels les aliénés incurables que le souci de la décence et de la sécurité publiques, le danger qu'ils peuvent présenter pour eux-mêmes ou pour autrui, ne permettent pas de laisser en liberté ou d'assister à

domicile. Il y a lieu de fixer le meilleur mode d'assistance, et au besoin d'éducation des anormaux arriérés et des épileptiques.

Il y a lieu de déterminer le mode d'admission et de traitement des toximanes et des buveurs. Il y a lieu encore d'organiser la protection sociale par les asiles de sûreté destinés aux aliénés criminels, — avec régime spécial, en ce qui concerne notamment les entrées et les sorties, — et aux pervers instinctifs qui sont une entrave considérable à la bonne marche des services ordinaires d'asile, ainsi qu'une gêne pour les autres malades à qui on ne peut continuer d'infliger leur contact. Il y a lieu enfin de régulariser le régime des sorties d'essai, d'organiser légalement les colonies familiales, l'assistance par le travail, les sociétés de patronage et la surveillance des aliénés traités à domicile.

Mais ces points de vue divers ne font pas fi des services rendus par la loi de 1838, ni des dispositions excellentes entre toutes qu'elle contient ; sans modifier l'idée générale de la loi, ils permettent d'introduire dans le régime nouveau des améliorations que l'usage a fait reconnaître indispensables, d'y consacrer les progrès médicaux accomplis, et d'apporter des solutions à des préoccupations d'ordre thérapeutiques, social ou philanthropique qui ne pouvaient pas se poser à l'esprit du législateur de 1838 et qui se posent au nôtre aujourd'hui en vertu de la loi du progrès.

Documents Cliniques

DÉLIRE SYSTÉMATISÉ ET INVERSION SEXUELLE

Par le Dr P. GUIRAUD

On admet généralement que la cause profonde de tous les délires systématisés est un trouble primitivement cénesthésique ou affectif dont le malade n'a pas clairement conscience et qui s'exprime pour lui et pour le médecin par une construction délirante.

Le plus souvent il semble que l'on ait affaire à une atteinte de la cénesthésie organique et psychologique comparable à celle des neurasthéniques constitutionnels ou des psychasthéniques. Mais alors que chez ces derniers l'anomalie est perçue clairement comme un état pathologique réel et intégrée sans difficulté à la personnalité, chez le délirant, le *malaise cénesthésique est éprouvé comme un phénomène étranger, non personnel* et attribué, par conséquent, à une influence extérieure malveillante. Tel est le délire de persécution classique. Dans certains cas, moins fréquents, l'origine du délire est une anomalie non cénesthésique, mais instinctive. L'inversion sexuelle, par exemple, au lieu d'être acceptée par le patient comme une chose naturelle, ou bien de provoquer des impulsions reconnues morbides par le sujet lui-même, se manifeste chez le délirant par des interprétations, des pseudo-hallucinations, des hallucinations vraies qui s'organisent en un véritable roman ; les tendances homosexuelles sont repoussées avec dégoût, leur apparition est attribuée à l'activité malveillante d'ennemis mystérieux.

L'observation suivante paraît caractéristique.

Nous transcrivons le récit de notre sujet en éliminant seulement les détails oiseux.

Je suis né à V., dans la Marne, en 1882. Ma mère était un peu imbécile, elle habitait seule dans une petite cabane et se laissait faire par les hommes. Je n'ai jamais su qui était mon père. Une sœur était née avant moi et morte à l'âge de 8 ans ; je ne l'ai pas connue. Comme ma mère était très pauvre, elle ne pouvait m'habiller qu'avec les vêtements de ma sœur, de sorte que jusqu'à l'âge de 9 ans j'ai toujours été vêtu en fille. Cela me faisait beaucoup de peine parce que les autres enfants se moquaient de moi. Je ne voulais pas aller à l'école, souvent ma mère a été obligée de m'y apporter sur une brouette, les pieds attachés, toujours avec ma robe. Vers 11 ans, j'ai eu une grande frayeur causée par mon oncle déguisé en femme le jour du carnaval.

A l'âge de 14 ans, je suis allé passer plusieurs nuits dans une ferme chez des amis. On m'avait fait coucher avec un jeune homme de 23 ans qui se masturbait dans le lit. Dès ce moment, je savais bien comment on faisait l'amour, cela m'excitait, me faisait éprouver des sensations voluptueuses, mais, chose étrange, *je me représentais que j'étais une femme.*

Quand je suis arrivé au régiment, je n'étais pas très débrouillard. Tout cela m'intimidait. Il m'est arrivé, dès le début, une affaire grave : un sergent a fait abus de mon corps personnel. J'étais son brosseur. Un jour, il m'a enfermé dans sa chambre, m'a caressé les joues — je n'avais alors ni barbe ni moustache — et, malgré ma résistance, il m'a fait ce qu'on appelle la pédérastie ; il exigeait même une chose plus horrible, mais ma bouche s'y est refusée. Ces violences ont eu lieu à plusieurs reprises. J'en étais si désespéré que j'ai essayé de me suicider en me précipitant sur ma baïonnette dont j'avais fixé le manche en terre.

Mon service militaire terminé, je me suis mis à travailler à la culture. Je gagnais bien ma vie, et je tâchais d'oublier les souvenirs pénibles du régiment. Je ne suis allé avec des femmes qu'à 26 ans et encore entraîné par des camarades dans une maison publique. Cela ne m'a pas été désagréable, au contraire, j'ai éprouvé les jouissances d'un homme ordinaire.

Plus tard, j'ai continué à connaître des femmes avec plaisir. J'étais même amoureux d'une servante d'auberge avec laquelle j'ai eu plusieurs fois des relations pendant la guerre, à Reims, et que je voulais épouser. Mais j'y ai renoncé quand je me suis aperçu qu'elle était aimable avec les autres encore plus qu'avec moi.

A 34 ans, à la fin de 1916, étant en ligne, j'ai commencé à être inquiet, sans savoir pourquoi. Il me semblait qu'on me considérait mal. Quelques semaines après, des voix invisibles se sont fait entendre. Elles m'accusaient d'être un en... un satyre, d'avoir violé des jeunes filles. Elles me disaient qu'on allait me faire passer en conseil de guerre et me fusiller. Pour me transférer à l'hôpital, on m'avait mis un brassard de la Croix-Rouge, le clergé était donc l'affaire. Il m'était commandé par idées et non par paroles de bénir les gens, de donner l'absolution à mon vin et en même temps il me semblait que j'étais une religieuse.

J'ai été transféré dans divers hôpitaux, au Val-de-Grâce, à Saint-Maurice, à Villejuif. Partout c'était la même chose : on me disait que j'étais une dame, des voix d'enfant m'appelaient pour jouir, d'autres me reprochaient l'aventure qui m'était arrivée dans l'active.

Surtout le soir, on me donnait l'impression que j'avais changé de sexe, on me faisait tenir les allures d'une femme publique, on m'appelait « Eugénie », alors que mon prénom est Eugène, on me faisait éprouver les sensations voluptueuses d'une femme. Puis je me sentais électrisé, travaillé à l'intérieur, j'avais de mauvais goûts, de mauvaises odeurs, surtout de matières fécales et de sperme. A Saint-Maurice, en particulier, on me faisait remonter le sperme dans la bouche et cela me faisait jouir, toujours comme une personne du sexe féminin.

Depuis que je suis à Saint-Dizier, j'ai de bonnes périodes, mais j'entends toujours des voix, ma pensée est de temps en temps arrêtée et embrouillée. Je ne sais pas quelles personnes me tracassent ainsi. C'est ce qu'on appelle dans certains endroits la persécution. Je pense que le clergé n'y est pas étranger et qu'il s'est associé pour me tourmenter avec la jeune fille que j'ai refusé d'épouser.

J'entends aussi depuis quelque temps des personnes qui me protègent et m'encouragent : « Ecoute les voix, me dit-on, mets-toi dans la tenue qu'on t'indiquera, fais ce qu'on te commande, tu seras récompensé. » Il est question de faire de moi un moine, un missionnaire et aussi une bonne sœur. Ils me disent aussi que je me marierai, et tout éveillé, j'ai la représentation de mariage, je me vois par la pensée et non par les yeux en train de me marier, mais j'ai la tenue et je joue le rôle de la femme. On m'affirme que je suis général, gouverneur, mais je n'en crois rien.

L'auteur de cet exposé est un homme de 40 ans, aimable

et doux, aux longs cheveux blonds, qui vit isolé parmi les autres aliénés. Il est habituellement tranquille, sauf pendant les poussées hallucinatoires qui l'agitent et le mettent en colère. Il s'occupe activement à des travaux de peinture en bâtiment.

Sa lucidité, son jugement, sa mémoire et son orientation sont parfaites.

L'intérêt du cas présent est que toute l'activité délirante est orientée à peu près exclusivement par des tendances homo-sexuelles qui interviennent même dans la réaction euphorique.

Les antécédents du malade *exposés spontanément*, donnent des renseignements précieux sur la genèse de l'inversion sexuelle. La prédisposition héréditaire apparaît sous forme de débilité mentale maternelle. Pendant toute l'enfance l'obligation pénible de porter des vêtements de fillette sous les quolibets des camarades d'école a été l'origine d'émotions intenses refoulées et a inversé vers la féminité l'orientation de l'instinct sexuel.

L'homosexualité existe à l'état conscient, dès l'âge de 14 ans, mais n'apparaît qu'une fois sous forme d'impression étrange de volupté féminine. Il n'est pas impossible qu'à l'insu du malade elle se soit manifestée par des allures timides et maniérées qui expliqueraient l'agression du sergent.

Les tendances instinctives normales vers la femme ont été faibles et tardives, mais après le premier contact sexuel notre malade a vécu pendant 15 ans comme un homme ordinaire, faisant, avec une ardeur modérée, il est vrai, la cour aux jeunes filles, essayant de se marier. Durant toute cette période la tendance à éprouver des jouissances sous forme féminine ne s'est jamais montrée.

Dès le début du délire, l'inversion latente apparaît de nouveau et prend d'emblée une importance prépondérante. Elle émerge sous forme d'hallucinations auditives, gustatives, psychiques, et surtout sous forme d'hallucination complexe de la cénesthésie : le malade se sent femme. Cet état ne provoque plus seulement

l'impression d'étonnement comme lors de sa manifestation primitive et unique au cours de l'adolescence, il est éprouvé comme d'origine étrangère, non personnelle. Le malade se figure que des ennemis qu'il désigne (le clergé et son ancienne fiancée), le travaillent par des procédés mystérieux et transforment son sexe. Dans sa personnalité intacte, il repousse avec horreur toutes ces « représentations féminines ». Très irrité, il proteste, répond à ses hallucinations par des injures vraiment viriles ; il demande avec insistance qu'on le débarrasse de ses persécutions pour lui permettre de vivre comme tout le monde. Dans le délire même, de temps en temps, interviennent des poussées de sexualité normale ; notre sujet entend dire qu'il est marié avec une nommée Jeanne, jeune et solide cuisinière de l'Asile. « Avec celle-là, dit-il en souriant, je jouerais volontiers le rôle de l'homme ».

L'analogie entre les tendances homosexuelles actuelles et celles transitoires de l'enfance est bien remarquée par le malade, mais ne provoque aucune conclusion. Il faudrait n'avoir aucune expérience des aliénés pour penser qu'en lui expliquant l'origine de ses hallucinations on arrivera à le convaincre qu'il est malade. Le résultat le plus habituel du rapprochement d'idées délirantes et de souvenirs infantiles analogues est au contraire le « délire rétrospectif ».

Les tendances homosexuelles fréquentes dans les délires systématisés ont été surtout étudiées avec quelque exagération par les psychanalystes, mais généralement elles ne constituent qu'un épisode accessoire dans l'ensemble et ne se manifestent que par des hallucinations ou des interprétations délirantes ayant trait à des manœuvres de pédérastie sans hallucination cénesthésique de transformation sexuelle. On trouve dans la littérature un certain nombre d'observations de délires systématisés dont l'essentiel est la crainte d'être pris pour un homosexuel ; mais ces syndromes sont d'ordinaire interprétatifs.

DEUXIÈME STATISTIQUE COMPLÉMENTAIRE

Aliénés admis à l'asile de Limoux en 1921
dont la folie a été déclarée imputable à la guerre de 1914-18

Par le D^r Calixte ROUGE,
Médecin en chef de l'Asile

Quand j'ai fait paraître (*Ann. méd. psych.*, n° 4, avril 1921) la précédente statistique complémentaire des aliénés militaires admis à l'asile de Limoux en 1920, je croyais bien clôturer cette longue statistique. A mon grand étonnement, il nous est encore arrivé, en 1921, 17 nouveaux militaires dont la folie a été reconnue imputable à la guerre de 1914-18 ; ils ont, tous, obtenu une pension avec le taux d'invalidation à cent pour cent. On en trouvera la liste plus loin.

Cette statistique a, pour moi, une certaine valeur : c'est moi qui l'ai commencée, le 2 août 1914, et c'est moi qui la termine aujourd'hui. J'ai suivi, moi-même, tous ces malades depuis leur entrée à l'asile jusqu'à leur sortie pour quelques-uns, jusqu'à leur décès pour d'autres et je vois encore les tristes épaves qui ont survécu à leur désastre.

Cela me fait espérer qu'on excusera ce travail malgré son peu de valeur intrinsèque. A ma connaissance, il est le seul dans son genre. Sous ce rapport, l'asile de Limoux aura, au moins, un historien fidèle des aliénés militaires qui lui auront été confiés.

Enumération par ordre d'entrée

N° 1. B. Michel, cl. 1906, ex-soldat au 22^e R. col.

Hérédité mentale du côté paternel et, surtout, du côté maternel. Pendant son service aux colonies, insolation suivie de troubles mentaux. Interné à l'asile de Dizier (Hte-Marne) en 1915 pour les mêmes troubles. Réformé pour troubles mentaux en 1920.

Diag. : Débilité mentale avec agitation extrême. Délire de persécutions non systématisé. Dangereux pour la sécurité publique.

N° 2. B. Jean, cl. 1908, ex-caporal-infirmier colonial.

Entré à l'asile le 5 janvier. Premier accès de folie à Saïgon en 1917. Interné à l'asile Ste-Marie, à Nice, où il fut réformé en septembre 1920. Diag. : Délire hallucinatoire avec idées de persécutions, sans changement.

N° 3. J. Marcel, cl. 1914, ex-soldat au 142^e R. Inf.

En 1915, gélure des pieds avec perte de plusieurs orteils. Réformé à 75 0/0 et renvoyé dans ses foyers. Interné à Font-d'Aurelle (Montpellier), le 21 août 1917. Sorti non guéri le 30 déc. 1919. Interné à notre asile le 15 janvier 1921 par arrêté préf.

Diag. : Délire hallucinatoire avec idées de persécutions.

N° 4. R. Louis-René, cl. 1909, soldat à la 1^{re} section C. O. A. Commotionné par bombardement dès son arrivée au front. Interné à l'asile de Pierrefeu du 24 novembre 1917 au 24 janvier 1918. Sorti non guéri. Interné à notre asile le 26 janvier 1921 par arrêté préf. Diag. : Mélancolie simple avec complète aboulie. Sorti non guéri le 13 septembre 1921.

N° 5. M. François, cl. 1906. Entré à l'asile le 17 février par arrêté préf. Amputé de cuisse au tiers supérieur.

Diag. : Débilité mentale aggravée par sa blessure. Sorti guéri de sa maladie mentale le 26 mai 1921.

N° 6. E. Edouard, cl. 1914, soldat au 10^e R. art. à pied.

Très émotif. Interné à l'asile d'aliénés de Marseille pour troubles mentaux (accidents hystériformes, confusion mentale avec prédominance d'idées mélancoliques) ; il en est sorti, non guéri, le 29 mai 1915. Réformé n° 2 et renvoyé dans ses foyers. Persistance et aggravation des troubles mentaux. Interné à notre asile, le 22 février 1921 par arrêté préf. Diag. : Dépression mélancolique habituelle ; parfois, crises d'agitation.

N° 7. R. Joseph-Emile, cl. 1905. Aucun renseignement sur son service militaire. Interné par arrêté préf. le 28 février 1921. Décédé le 28 mars 1921. Diag. : Paralysie générale. Wassermann positif.

N° 8. P. Jean-François, cl. 1898, soldat au 125^e R. Inf. col.

Mobilisé dans le Sud-Tunisien. Mis en observation, le 8 juin 1916, à l'hôp. du Belvédère (Tunis) pour troubles psychiques. Interné à notre asile, le 12 mars 1921, par arrêté préf. Diag. : Délire de jalousie avec hallucinations de l'ouïe. Tendance au suicide et à l'homicide. Amélioré. S'occupe.

N° 9. L. Alphonse-Louis-André-Stanislas, cl. 1906. Entré

à notre asile le 18 mars 1921. Diag. : Paralyse générale avec démence profonde et extrême déchéance physique. Décédé le 22 mars suivant. Aucun renseignement sur son service militaire.

N° 10. J. Bernard-Marius, cl. 1904. Entré à l'asile, le 23 mars 1921, par arrêté préf. A fait son service militaire pendant presque toute la durée de la guerre. Neuf mois de captivité au camp de Rastadt à partir de mars 1918. Diag. : Agitation maniaque avec idées de persécution et illusions sensorielles. Troubles gastriques, céphalalgie, oligurie, hypochlorurie améliorés rapidement ainsi que l'agitation par le régime lacté exclusif. Sorti guéri le 20 novembre 1921.

N° 11. F. Pierre, cl. 1905. Entré à notre asile, le 16 avril 1921, par arrêté préf. Mobilisé de guerre, il a été interné plusieurs fois, et est toujours sorti non guéri. Diag. : Délire de persécution avec illusions sensorielles, mégalomanie, violent, dangereux pour son entourage. Sans changement.

N° 12. H. Charles-Louis, cl. 1907, lieutenant au 157^e R. A. P.

Interné à Limoux, le 4 juin 1921, par arrêté préf.

Diag. : Paralyse générale à la dernière période.

N° 13. V. François-Pierre, cl. 1913, soldat au 94^e R. Inf.

Prisonnier en Allemagne pendant quatre ans à partir du 20 avril 1914. Dépression psychique durant sa captivité. Interné à notre asile, le 26 juin 1921, par arrêté préf. Diag. : Débilité mentale. Alternatives de calme et d'agitation. Sans changement.

N° 14. G. Etienne, cl. 1902. Caporal au 13^e Inf. Transféré, le 6 août 1921, de l'asile St-Pierre, de Marseille, où il se trouvait depuis le 13 octobre 1917 pour troubles mentaux consécutifs à une blessure de guerre (trépanation, perte d'un œil et de l'ouïe du même côté. Diag. : Démence organique traumatique. Sans changement.

N° 15. B. Joseph, cl. 1912, soldat au 3^e R. art., commotionné et interné à l'asile d'Alençon du 16 mai au 15 oct. 1915. Interné à l'asile de Limoux, le 23 août 1921, par arrêté préf.

Diag. : Délire de persécutions systématisé avec hallucinations de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale. Sans changement.

N° 16. C. Bernard-Victor, cl. 1875, capitaine au 140^e R. Inf. territ. Evacué, le 2 juin 1915, d'Elverdinghe (Belgique) pour orchite traumatique, atteint d'ictus apoplectique en août 1915 à la suite de fatigues éprouvées au front, mais a continué d'assurer son service jusqu'en 1921. Diag. : Affai-

blissement intellectuel global et progressif, troubles psychiques. Sorti réclamé par sa famille le 20 octobre 1921.

N° 17. B. Joseph-Adolphe, cl. 1901. Entré à l'asile, le 16 sept. 1921 par arrêté préfectoral et par transfèrement direct de l'asile Font-d'Aurelle où il était interné depuis le 10 août 1917. Diag.: Délire hallucinatoire chronique. Sorti guéri le 10 décembre 1921.

Nous avons vu, dans la précédente statistique complémentaire, qu'après défalcation de cinq militaires transférés dans d'autres asiles, l'asile de Limoux a reçu 83 militaires internés du 2 août 1914 au 31 déc. 1919 et, qu'en ajoutant à ce chiffre les 17 admis en 1920, le total s'élevait à 100. Avec les 17 admis en 1921, que nous venons d'énumérer, l'asile aura reçu 117 militaires aliénés dont la folie a été déclarée imputable à la guerre de 1914-18.

Ici se termine cette longue statistique qui va du 2 août 1914 au 31 déc. 1921. Ce travail, sans prétention scientifique, se recommande, peut-être, par sa durée (7 ans 1/2) qui n'a jamais discontinué, par l'unité de vue et de direction et, aussi, par le souci constant d'une exactitude rigoureuse dans l'exposé des faits. Nous osons espérer qu'il pourra être de quelque utilité pour la future statistique générale — si jamais elle a lieu — qui devra comprendre le relevé complet de tous les cas d'aliénation mentale dus à la dernière guerre.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 26 JUIN 1922

Présidence de M. TOULOUSE, Président

M. Pierre Kahn, membre correspondant, assiste à la séance.

Après lecture et adoption du procès-verbal, M. le Secrétaire Général donne lecture de la correspondance manuscrite qui comprend :

des lettres de M. le Professeur Raviart et de M. le Professeur Abadie, remerciant la Société de les avoir nommés membres correspondants ;

une lettre de M. le Professeur Ley, de Bruxelles, remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

des lettres de MM. Abély remerciant la Société de leur avoir décerné le prix Aubanel ;

des lettres de MM. Lemaux et Reboul-Lachaux, remerciant la Société de leur avoir décerné le prix Moreau de Tours ;

une lettre de M. Renaux, remerciant la Société de lui avoir accordé une gratification de 500 fr. sur le montant du prix Belhomme ;

une lettre de M. le Professeur Viggo Christiansen (de Copenhague) qui adresse à la Bibliothèque de la Société Médico-Psychologique :

1° la traduction française de son volume sur les tumeurs du cerveau (Paris, Masson et C°, 1921, 350 pages) ;

2° la traduction française de son travail sur Charles Bell (Paris, Masson et C°, 1922, 80 pages). (Discours prononcé à la Société de Médecine de Copenhague) ;

une lettre de M. René Charpentier, Secrétaire permanent du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, qui invite la Société Médico-Psychologique à se faire représenter officiellement à la session qui se tiendra à Quimper du 1^{er} au 6 août 1922, sous la présidence de M. le Profes-

seur Jean Lépine, Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon. La Société décide à l'unanimité de se faire représenter au Congrès à Quimper par son bureau ;

une lettre de M. René Charpentier qui transmet à la Société Médico-Psychologique, de la part de M. le Professeur Maïer, de Zurich, une invitation de la Société Suisse de Psychiatrie à participer à la réunion de la Société Suisse de Psychiatrie à Bâle les 24 et 25 juin 1922. La Société remercie vivement de cette invitation parvenue dans l'intervalle des deux séances de mai et de juin et regrette que cette circonstance n'ait pas permis de la recevoir en temps utile.

RAPPORTS DE CANDIDATURE

Candidature de M. Jean Robert (Auch)

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, dans votre séance de juin, vous avez nommé une Commission composée de MM. Toulouse, Colin et René Charpentier, rapporteur, pour examiner les titres du Docteur Jean Robert (d'Auch), qui demande à faire partie de notre Société en qualité de membre correspondant national.

Ancien interne de l'Asile des aliénés de Château-Picon, à Bordeaux (1901), Médecin des Asiles publics d'aliénés depuis 1907, le Docteur Jean Robert est actuellement Directeur-Médecin de l'Asile d'Auch.

Médecin sanitaire maritime, membre de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, le Docteur Jean Robert est l'auteur de nombreux et intéressants travaux, parmi lesquels il me faut rappeler sa thèse inaugurale sur la ponction lombaire (1905), l'étude de cas de tumeur cérébrale, de ramollissement cérébelleux, d'atrophie moniliforme du corps calleux, d'idiotie mongolienne, etc...

A l'unanimité, votre Commission vous propose de le nommer *membre correspondant national* de la Société Médico-Psychologique.

Candidature de M. Jean Eissen

M. J. ROGUES DE FURSAC, au nom d'une Commission composée de MM. Raoul Leroy, Raymond Mallet, Rogues de Fursac, rapporteur :

Messieurs, M. Eissen, s'est spécialisé dans la psychiatrie après des études de médecine générale très complètes, au cours desquels il a été pendant 4 ans externe des Hôpitaux.

Il a concouru pour l'internat des Asiles, avec succès, en 1912, et il a été successivement interne à Maison-Blanche et à Ville-Evrard.

La guerre le surprit au cours de son internat. Il la fit comme aide-major, tout entière, bien que les fatigues de la campagne aient, à un moment donné, atteint sa santé.

Après l'armistice, il fut affecté à l'Asile de Stephansfeld où il est actuellement chef de service.

Parmi ses travaux scientifiques, nous vous signalons sa thèse, une thèse d'histoire sur l'Asile de Stephansfeld, de ses origines à 1870 ; une communication à la Société Médico-Psychologique, en collaboration avec M. Truelle, sur un « Pseudo-délire par auto-suggestion chez un obsédé » ; une étude sur la « Valeur du témoignage », en collaboration avec M. Rogues de Fursac, présentée au Congrès de Médecine légale de 1914 ; un « Cas de sinistrose » présenté à la « Société Médico-Psychologique » le 23 juillet 1919 ; une étude sur les « Dessins d'un aliéné » présentée au Congrès de Strasbourg en 1920 ; une observation intitulée « Récurrence délirante et imputabilité au Service militaire des invalidités de guerre », en collaboration avec M. Courbon, présentée à la Société clinique de Médecine mentale.

Messieurs, nous pensons que les titres professionnels et les travaux scientifiques de M. Eissen lui méritent amplement le titre de membre correspondant de la Société Médico-Psychologique qu'il sollicite et nous vous demandons de faire bon accueil à sa candidature.

Elections. — A la suite de ces rapports, il est procédé au vote. MM. le D^r Jean Robert (d'Auch) et le D^r Eissen (de Stephansfeld) sont élus à l'unanimité des suffrages exprimés, membres correspondants nationaux de la Société Médico-Psychologique.

Les méthodes objectives de psycho-diagnostic

CLINIQUE ET PHRÉNOSCOPIE

Par MM. BONHOMME et STEPHANOPOLI

De nombreuses techniques ont été proposées pour interroger le subconscient et percer dans la mesure du possible le mystère de la personnalité. Car l'utilité de cette connaissance est évidente et la clinique mentale y trouverait un appui particulièrement précieux. Malheureusement ces méthodes empiriques, trop souvent laissées à des observateurs incompetents, n'ont pu que difficilement se relever du discrédit dans lequel les avaient fait tomber des adeptes zélés, mais maladroits. On a assimilé, à tort, royons-nous, ces procédés d'investigation aux sciences occultes et on a confondu dans le même ironique dédain astrologie et graphologie, cartomancie et chiromancie.

Et cependant on ne peut s'empêcher d'observer que ces méthodes reposent sur un fond de vérité, sur un principe dont l'importance a été mise en lumière surtout par l'école psychologique française, Ribot, Binet, Janet : nous voulons parler du mouvement spontané. Ribot a écrit (1) : « L'activité motrice pénètre et enveloppe » toute notre vie psychique », mais les mouvements ont subi l'influence de l'éducation et ont perdu de ce fait leur spontanéité, leur valeur de traduction sincère de notre caractère intime.

Aussi s'est-on adressé à une catégorie de mouvements organiques échappant, plus que les autres, à la puissance de dissimulation : les mouvements respiratoires. M. Maingot, radiographe à l'hôpital Laënnec, après de patientes recherches, est arrivé à tirer de l'observation radioscopique du diaphragme des renseignements du plus haut intérêt. Nous désirons vous apporter quelques-uns des résultats que nous a donnés cette méthode qu'il a appelée « phrénoscopie » (2).

(1) RIBOT. — *La vie inconsciente et les mouvements*.

(2) MAINGOT. — *Inst. gén. psycholog.*, 1920.

LAIGNEL-LAVASTINE et MAINGOT. — *Communic. à l'Acad. de Méd.* Déc. 1921.

La technique est simple : elle consiste à examiner à l'écran les mouvements respiratoires. Les indications sont fournies par la cadence, la forme de l'inspiration et de l'expiration, le type musculaire (diaphragmatique, costal, ou mixte), l'expansion aortique et les battements du cœur pendant la respiration d'abord naturelle et spontanée, puis après l'ordre de respirer complètement. Il y a là un langage spécial dont M. Maingot a donné la clef. On ne saurait croire, à première vue, combien le mode respiratoire varie d'un individu à un autre, à tel point que M. Maingot a pu dire qu'il n'y avait pas deux types respiratoires semblables, à moins qu'ils ne correspondent à deux types psychologiques identiques. En effet, ce geste est vraiment spontané et sincère, et l'on comprend fort bien qu'il puisse servir à caractériser l'individu dont il est l'expression.

Nous avons choisi pour ce premier exposé quatre observations de deux groupes de sujets ayant plusieurs points communs.

OBSERVATION I. — A. *Examen clinique.* — Mme Sa., 61 ans, type d'hystérique : déséquilibrée héréditaire, elle a présenté depuis son jeune âge des réactions qu'elle rapporta elle-même, spontanément, à la grande névrose, lorsqu'elle fut instruite par ses fréquentations médicales : colères impulsives, brusques changements d'humeur, accès de religiosité passionnée, jalousie intense, besoin de se dépenser, de se mettre en avant, sans vouloir le paraître. Puis, vers la trentaine, crises convulsives pour laquelle on essaya à peu près tous les traitements et qui paraissent avoir cédé pendant quelques années, sous l'influence de la suggestion. Pendant la guerre, après la mort de son mari et de graves embarras financiers, elle occupe un rôle important dans un hôpital, et, malgré la perte de son fils unique, très « nerveux » lui-même, à tel point qu'elle redoutait qu'il ne pût accomplir son devoir et dont la mort héroïque est presque une source d'orgueil au moins autant que de douleur, elle remplit ses fonctions d'infirmière-major jusqu'à l'armistice. Depuis lors, comme il arrive souvent à ces malades, son système nerveux qui avait bien résisté au surmenage physique et émotionnel de la guerre, ne peut reprendre son équilibre : crises fréquentes, instabilité mentale et physique : elle ne peut demeurer longtemps nulle part.

B. — *Examen phrénoscopique* (1)

I. — SPONTANÉITÉ	Vitesse	Respiration rapide, inégale.	Sujet impressionnable.
	Amplitude...	Médiocre, mécanique.	Automatisme, peu de réactivité.
	Mode	Respiration costale, qui augmente dans l'effort.	Préoccupations sensuelles, gaucherie, désintéressement du réel (esprit faux).
II. — COMPLEXION	Cadence	Battements du cœur normaux; pas d'expansion systolique de l'aorte. Monotonie.	Indifférence du sujet pour les événements qui se passent autour de lui.
	Inspiration ..	Précipitée, commence et finit brusquement.	Le sujet peu capable de volonté réfléchie, agit hâtivement.
	Expiration...	Rapide, brusque, saccadée.	Impulsivité, instabilité.
III. — ADAPTATION	Souplesse....	Obéissance facile et machinale; avec expansion costale.	Le sujet se soumet aisément à une pression extérieure, mais dévie rapidement.
	Etendue	Inspiration peu profonde finit rapidement suivie d'une expiration rapide et courte.	Volonté ni sincère, ni soutenue: sécheresse de cœur.
	Persévérance	La respiration devient soudain, profonde et soutenue, mais pour offrir ensuite le désordre le plus curieux où des mouvements apparaissent tout différents des mouvements habituels: des ondes diaphragmatiques courtes, nombreuses et heurtées. Au bout de quelq. instants cette danse du diaphragme se ralentit, les mouvements se régularisent, les côtes s'écartent, mais là même agitation reparaît bientôt pour cesser à nouveau.	Le sujet désireux d'étonner et de paraître à son avantage se révèle alors, avec un grand effort, volontaire, brutal même, acharné; mais vite épuisé le sujet s'égare et tombe dans un état de complète incohérence et d'inquiétude. Le sujet retrouve à peine un peu de calme et un nouveau but, qu'il retombe dans son agitation incohérente et rageuse.

(1) D'après M. Maingot.

Régularité...	Allure précipitée dans son ensemble, mais extrêmement facile à troubler, surtout par les excitations internes. Battements du cœur normaux pendant toute la durée de l'examen.	Personnalité terne. Egocentrisme. Autosuggestibilité. Impassibilité foncière devant les événements extérieurs.
Contrôle.....	Respiration costale dans toute la hauteur du thorax.	Le sujet obéit à des excitations diffuses, quelques-unes d'ordre intuitif, d'autres d'origine extérieure, le plus grand nombre à point de départ génital.
Capacité.....	Automatisme, brusquerie, incohérence, fatigabilité.	Absence complète de mesure et d'adaptation aux circonstances. Le sujet est emporté par son imagination et son autosuggestibilité morbides.

OBS. II. — A. *Examen clinique.* — M. Bl., 53 ans, vient nous consulter pour des troubles nerveux divers aggravés par un abus ancien de chloral (10 à 20 grammes par jour, régulièrement, depuis près de 20 ans). D'une intelligence nettement supérieure, il entre à l'Ecole Polytechnique où son esprit frondeur lui aurait causé de graves difficultés si ses succès comme élève ne lui avaient attiré l'indulgence de ses chefs. Vie aventureuse : part en Russie dès sa sortie de l'Ecole, réclamé par l'Impératrice douairière qui connaissait ses parents. Après deux ans passés successivement dans la Marine Impériale, puis à l'Etat-major de l'armée, il revient en France après des difficultés graves avec le Tsar, toujours à cause de son caractère indépendant. Depuis lors, s'adonne à l'étude des langues orientales (arabe, persan, sanscrit), et à des travaux particulièrement remarquables en Allemagne. En même temps, il poursuit la lecture des mathématiciens les plus abstrus, dont les œuvres lui paraissent des plus simples (Poincaré, Einstein).

De tendances germaniques, se reconnaissant des origines germaniques et peut-être caucasiennes, il sent en lui la lutte d'influences ancestrales contradictoires.

Au point de vue pathologique, il présente toute une série

de phénomènes attribués autrefois à l'hystérie : état somnambulique, dédoublement de la personnalité, lectures et conversations à distance, extases ou hallucinations conscientes, phénomènes qu'il décrit avec une remarquable précision.

Légèrement hypocondriaque, « a peur de devenir tabétique ». Préoccupations gastro-intestinales, à la fois suggestible et réfractaire aux raisonnements, suivant les moments, se soigne au fond comme il l'entend. Poursuite obsédante du sommeil depuis 20 ans, est arrivé peu à peu à des doses énormes de chloral, qui produisaient cependant un effet d'excitation inverse du résultat recherché, parce que « au début le chloral lui donnait cinq heures de bon sommeil ».

B. — Examen phrénoscopique

I. SPONTANÉITÉ	Vitesse.....	Respiration rapide.	Tempérament vif.
	Amplitude...	Moyenne et régulière.	Activité, culture intellectuelle.
	Mode	Forte expansion costale à la fin de l'inspiration.	Diffusion : le sujet se presse pour aboutir et il se perd dans les détails qui le retardent; sensualité.
II. — COMPLEXION	Cadence	Naturelle, sans modification émotionnelle apparente.	Nature peu affective.
	Inspiration ..	Prompte mais mesurée : déformation phréniques terminales.	Confiance en soi ; décision ; se laisse guider par son intuition, surtout à la fin de l'action.
	Expiration...	Calme et courte ; régulière sans à-coups.	Sujet instinctif, fier, travaillant dans le sens de ses passions avec une sincérité constante.
III. — Adaptation	Souplesse....	Aisée, délibérée.	Grâce, politesse.
	Etendue	Normale.	Esprit distingué, assimileur.
	Persévérance	Courte.	Esprit indépendant original.

Régularité...	Type respiratoire constant; quelques signes d'émotion à la fin de l'examen.	Unité de caractère, volonté vive et soutenue : maître de lui. Humeur martiale : finit à la longue seulement par laisser percer sa sensibilité.
Contrôle.....	Respiration surtout diaphragmatique. Immobilité des étages costaux moyens et supérieur.	La sensualité et la diffusion dans l'action n'ont pas de prise sur le but principal, qui domine nettement la vie sociale et affective.
Capacité.....	Grandes expansions phréniques sous le coup de la surprise. Ondulations phréniques constantes.	Du sang-froid, de la perspicacité et de la promptitude, suractivité. Capable d'héroïsme ; intuition extraordinaire, presque géniale.

OBS. III. — A. *Examen clinique.* — M. D., 22 ans, type du « fils à papa », blond, efféminé, d'ailleurs une certaine distinction d'allures et culture générale moyenne. N'a jamais vécu au foyer paternel ; toujours en pension en Angleterre, en Allemagne.

S'est fait remarquer de bonne heure par ses prouesses amoureuses et ses prodigalités. Peu à peu, en grandissant, ces écarts de conduite sont devenus de plus en plus graves et ont apparu comme les conséquences d'un caractère excessivement impulsif. La guerre, dont il a fait les derniers mois dans l'aviation, a rendu plus sensible encore ce déséquilibre et cette faiblesse de la volonté. Il a eu plusieurs histoires retentissantes dont le mécanisme est toujours le même : liaison amoureuse, fugue avec la nouvelle élue, dépenses irréflechies en partie par vanité, parce qu'il sait bien que son père, très riche — et il tient à ce qu'on le sache — ne laissera pas ses dettes impayées. Cet enchaînement d'aventures l'a amené à faire plusieurs fois de faux chèques, à signer faussement des billets : son père a, en effet, chaque fois arrangé les choses.

Jouisseur, il veut goûter à toutes les voluptés : amour, alcool, morphine, littérature. Vaniteux, il veut qu'on l'aime pour sa richesse et aussi pour lui. Impulsif, il ne peut résister à la vue d'une femme nouvelle. Par ailleurs, incapable de se plier aux exigences d'un apprentissage des affaires, autant par instabilité que par vanité.

B. — *Examen phrénoscopique*

I. — SPONTANÉITÉ	Vitesse.....	Inégale, alternative- ment molle et brusque, désordonnée.	Tempérament lascif et brutal. Nature insou- mise ; déséquilibre, im- pulsivité.
	Amplitude...	Bonne mais incons- tante.	Energie réelle, mal utilisée.
	Mode.....	Prédominance thora- cique, saccades, sans déformation spontanée du diaphragme.	Type sensuel, tour- menté, s'abandonnant d'une pièce à ses pas- sions.
II. — COMPLEXION	Cadence.....	Irrégulière : arrêts brusques, reprises, res- sauts : toujours incom- plète.	Désorienté par de mul- tiples désirs : anxiété, caprice, fatigabilité.
	Inspiration ..	Début brusque, en dé- clat : rapide.	Irréflexion. Impulsi- vité. Acharné à la réali- sation de ses désirs qui le laisse insatisfait.
	Expiration...	Tardive puis brusque, augmentation des batte- ments cardio-aortiques.	Grande émotivité, ir- ritabilité.
III. — ADAPTATION	Souplesse....	A l'ordre de respirer fort, inhibition des mou- vements diaphragmati- ques, tétanisation du diaphragme, trémula- tion, puis asynergie complète des deux héli- diaphragmes. Exagéra- tion des signes cardio- aortiques et de l'expan- sion costale inférieure.	Sujet qui ne peut, ne sait pas obéir, ni à lui ni aux autres, n'agit que poussé par les sollicita- tions sensuelles ; sa vo- lonté capricieuse ne sert qu'à arrêter un acte, ja- mais à le poursuivre. Absence de sang-froid, indécision et inquiétude extrêmes devant le dan- ger.
	Etendue ...	Malgré des ordres réi- térés avec calme, aucun mouvement respiratoire complet.	Sujet paresseux et ré- fractaire, inéducable.
	Persévérance	Continuité du désor- dre respiratoire, qui pa- raît la règle.	Sujet paraissant inca- pable de pouvoir jamais servir ni lui ni les autres.

Régularité...	Absence totale de rythme. Persistance des perturbations cardiaques et des expansions costales.	Emotivité considérable. Désorientation profonde, tendances perverses incoercibles.
Contrôle.....	Mouvements toujours incomplets, brusques et hésitants, s'achevant toujours par une tétanisation du diaphragme.	Impulsivité, angoisse, tumulte des sens, acharnement passionnel, mollesse et tyrannie brutale, aucun contrôle de soi-même.
Capacité.....	Amplitude parfois assez grande, jamais totale, expansion surtout costale inférieure.	Mobilité d'humeur, inconstance, type de viveur, prodigue.

Obs. IV. — A. *Examen clinique.* — M. Ha., 17 ans, type de voyou mondain, apparence presque trop jolie, élégance suspecte. Dès son enfance, s'est fait remarquer par sa turbulence et son instabilité. N'a pu être conservé dans aucune pension, où il apprenait d'ailleurs facilement. Déséquilibré au sens total du mot, et même discordant, il est un mélange de bons et de mauvais instincts, dont le pêle-mêle n'est nullement atténué par une volonté solide. A la fois généreux et avare, il vole à plusieurs reprises de l'argent à ses camarades, et les emmène ensuite au café, ou bien cache de petites sommes. Brutal et poli, il cède sa place en tramway à une personne âgée, mais se bat à plusieurs reprises, presque féroce, pour une vétille. menteur et naïf, il a un tel cynisme qu'on ne peut jamais être sûr de ce qu'il affirme le plus sérieusement du monde, et il se laisse dépouiller de tout pour un mot aimable. Toujours prêt à rendre service, même au prix d'une certaine peine de sa part, il n'a aucune conscience des embarras que sa conduite cause à ses parents. Sa caractéristique dominante est l'instabilité et la sensualité. Mais il est juste de reconnaître qu'il a souvent de bons mouvements, voulant faire ce qu'on lui commande ; il est fâcheux qu'avec une rapidité déconcertante, il abandonne cette première voie, pour faire surtout ce qu'on ne lui demande pas.

B. — *Examen phrénoscopique*

I. — SPONTANÉITÉ	Vitesse.....	Respiration rapide, irrégulière.	Précipitation : instabilité.
	Amplitude...	Irrégulière, tantôt profonde, tantôt superficielle.	Caractère mobile.
	Mode.....	Type costo-phrénique, déformation du diaphragme.	Tempérament sensuel ; intuition.
II. — COMPLEXION	Cadence.....	Pas d'accélération du cœur ; très petite expansion aortique ; mouvements tumultueux.	Sujet peu sensible aux influences extérieures, mais impulsif et présentant des réactions disproportionnées avec l'intensité des excitations psychiques.
	Inspiration..	Début brusque ; développement rapide ; déformations à la fin de l'inspiration qui n'est jamais soutenue.	Sujet agissant sans réflexion, sans suite ; commence avec précipitation et intensité, mais ne persévère pas.
	Expiration...	Suit aussitôt l'inspiration, rapide mais continue, sans à-coups.	Aucun signe d'angoisse ou d'inquiétude ; ni appréhension avant l'acte, ni remords après.
III. — ADAPTATION	Souplesse....	L'ordre « Respirez fort » est promptement exécuté mais détermine une expansion costale considérable.	Sujet suggestible, désireux même de faire ce qui lui est demandé, mais outrepassant de beaucoup le but proposé et déviant bientôt dans des directions opposées à celles qu'on lui indique.
	Etendue.....	Le mouvement diaphragmatique augmente alors et devient précipité.	Son impulsivité l'empêche de se plier à la volonté d'un autre.
	Persévérance	Si l'on demande au sujet de faire quelques respirations profondes, la vitesse du mouvement diminue.	Expression de la fatigue en lutte avec le désir de continuer. La fatigue l'emporte : On a l'impression que la volonté du sujet intervient pour prolonger un acte qui lui est pénible et sur lequel il s'épuise.

Régularité....	Aucune régularité : des élans. Les mouvements diaphragmatiques se succèdent avec caprice, tandis que les battements du cœur deviennent parfaitement réguliers.	Aucune sensibilité morale. Incapable de remords, même d'émotion après les actes les plus brutaux ou singuliers.
Contrôle.....	La respiration s'effectue même avec les côtes moyennes et supérieures.	Sujet poursuivant les buts les plus divers : parfois même son devoir, et aussi ses passions incoercibles.
Capacité.....	Respiration parfois profonde, mais trop précipitée : inspiration jamais soutenue.	Sujet qui confond intensité, rapidité avec rendement : superficiel, ne va jamais au fond des choses, n'épuise pas une question avant de passer à une autre.

Nous avons pensé que ces exemples vous permettraient d'apprécier tout le parti qu'on pouvait tirer de la méthode. Nos deux hystériques, nos deux déséquilibrés pervers, même en dehors de toute observation clinique, apparaissent ce qu'ils sont, sous l'écran radioscopique. Leurs caractères essentiels nous sont dévoilés de façon à les reconnaître avec certitude. Nous lisons avec la même netteté dans leur fiche phrénoscopique les nuances qui les diversifient : L'égoïsme de M. Bl. est corrigé par sa culture et son intuition supérieures, tandis que celui de Mme Sa... est aggravé par son imagination incoercible et son impulsivité. Tous les deux sont peu sensibles aux influences extérieures, et très sensuels : mais l'un subordonne ses appétits à un but principal ; l'autre est tout entière à sa préoccupation d'elle-même et change de direction avec une fréquence et une brusquerie fâcheuses. L'examen phrénoscopique de cette malade nous a donné un résultat particulièrement intéressant, car il a mis en lumière l'absence de réactivité foncière du sujet (calme des battements cardiaques : pas d'expansion systolique de l'aorte), caractère que l'analyse clinique nous révé-

lait, tandis qu'à un examen superficiel, et pour les personnes non habituées à la clinique mentale, Mme S., par son impressionnabilité et son désir de donner une bonne impression d'elle, passe pour être surtout sensible et dévouée.

De même, la sensualité et l'impulsivité de M. D. diffèrent des mêmes caractéristiques de M. H. en ce que la volonté chez l'un inhibe l'action (ataxie phrénique), tandis que chez l'autre, elle commence à être efficiente, mais s'épuise trop vite. Au risque de paraître bien téméraire, nous croyons pouvoir dire que, dans l'avenir, M. D. a moins de chances de modifier ses tendances morbides, et de s'amender, mais que si M. H. n'utilise pas ses bonnes tendances, réelles bien que faibles, il est susceptible d'aller plus loin dans la voie du mal que M. H.

En résumé, cette méthode de psycho-diagnostic n'est nullement une méthode plus ou moins divinatoire, mais un mode d'exploration des tendances réelles de l'individu. Comme les procédés déjà connus, elle s'appuie sur la valeur diagnostique du mouvement ; mais elle s'adresse à une catégorie de mouvements particulièrement sincères, parce que, suivant la parole de Maingot (1) : « Le geste phrénique est commandé par une « volonté subconsciente puisant ses directives dans « les tréfonds de l'individu, là où les raisonnements « conscients n'agissent plus sur les décisions et où se « trouve la plénitude occulte de l'être. »

L'intérêt de cette méthode est certain, si l'on songe que la personnalité ne subit pas de modifications essentielles ni au cours des années, ni au cours des maladies de l'esprit. Il y a une continuité des états de conscience et l'exploration de l'inconscient nous ouvre une fenêtre sur le fonds permanent de l'individu. La personnalité humaine a son graphisme (2), parce que le

(1) MAINGOT. — *Loc. cit.*, p. 185.

(2) On pourrait obtenir — mais avec moins de détails — une courbe phrénoscopique, analogue à l'examen radioscopique, en mettant un style inscripteur en communication avec une pelote pneumatique assujettie au creux épigastrique.

moral agit à son tour sur le physique : les tendances psychologiques dirigent plus ou moins nos mouvements et le mouvement s'inscrit. Il s'agit de découvrir les graphismes. Sans vouloir déprécier les renseignements fournis par la conversation du sujet, nous ne pouvons nous dissimuler la longueur du procédé et ses incertitudes, à cause de la dissimulation plus ou moins consciente du malade. Bon nombre de résultats de la psychanalyse, par exemple, seraient obtenus, et à moins de risque, par la phrénoscopie. Et nous utiliserons d'autant mieux ses enseignements lorsque nous saurons les confronter avec les autres méthodes objectives : nous pourrons alors considérer comme certains les points qui se trouveront sous nos recoupements. A ce titre, nous estimons, avec Maingot, que cette technique a sa place marquée en médecine mentale, comme auxiliaire de la clinique.

DISCUSSION

M. TOULOUSE. — Je crois devoir m'élever contre une méthode, d'ailleurs peu scientifique, qui me rappelle les prétentions excessives de la graphologie : on ne peut connaître tout un caractère par l'examen de quelques contractions musculaires. D'anciennes expériences, celles de Binet notamment, ont montré que le rythme respiratoire pouvait traduire une activité mentale. J'ai constaté moi-même qu'il se produit dans le rythme respiratoire d'un sujet placé devant un film cinématographique des modifications telles que si l'on en prend le tracé on peut suivre sur la courbe les détails du film. Il ne s'ensuit pas que l'on ait le droit de tirer de ces faits des conclusions sur des phénomènes aussi complexes que ceux du caractère.

M. COLIN. — En terminant son exposé, M. Stéphanopoli a fait allusion aux rapports du physique et du moral, il a insisté sur la valeur des expériences auxquelles il s'est livré et il a terminé en évoquant les théories philosophiques actuellement en vogue. Vous me permettrez de m'étonner de voir présenter comme des nouveautés, quelle que soit la forme délicate et raffinée dont elles

sont enveloppées, des théories vieilles de milliers d'années, qui nous viennent en droite ligne de l'antiquité en passant par les Encyclopédistes et Cabanis, et qui constituent le fond même de la doctrine matérialiste du XIX^e siècle.

M. MIGNARD. — L'inadmissible serait précisément l'assimilation de la donnée psychologique avec des phénomènes d'une aussi flagrante matérialité. Il en est de même, du reste, chez diverses autres réactions organiques, dont le psychisme diffère infiniment. Mais l'étude de ces phénomènes organiques réactionnels n'en est pas moins d'un très grand intérêt au point de vue qui nous occupe, car ils traduisent le contre-coup, si l'on peut dire, des modifications psychologiques, et peuvent servir à les déceler.

Quelques remarques générales sur les états psychopathiques qui apparaissent dans la vie individuelle et ceux qui se répètent à travers les générations. Essai d'une classification psychiatrique biologique.

Par le Dr PILTZ (de Cracovie)

M. Piltz prend pour base de sa classification l'aptitude des différents états psychopathiques à se transmettre héréditairement.

Il distingue ainsi deux groupes d'états psychopathiques.

Le premier comprend les maladies mentales individuelles où l'étiologie est dominée par des facteurs accidentels : ce sont les maladies *emmenogénétiques*, telles que la paralysie générale et les intoxications.

Le second groupe comprend les maladies familiales ou *emphytlogénétiques*, celles qui se répètent sur plusieurs générations dans la même famille. Vous reconnaissez là quelque chose d'analogue à nos états constitutionnels.

Je me contente de vous indiquer le principe de cette

classification nouvelle. Le mémoire de M. Piltz paraîtra dans les *Annales Médico-Psychologiques*, où chacun pourra le lire avec toute l'attention qu'il mérite et en apprécier l'intérêt.

Troubles psychiques à caractère spécial au cours d'une encéphalite épidémique

Par M. Pierre KAHN

(*Présentation de malades*)

Les diverses observations qui ont été publiées sur ce sujet peuvent être divisées en trois catégories :

1° Les troubles psychiques d'ordre toxi-infectieux banal survenant au cours d'une encéphalite à forme neurologique.

2° Les syndromes psychiques dominant le tableau clinique et ayant la valeur de véritables psychoses encéphalitiques à forme de pseudo-démence précoce.

3° Les troubles psychiques survenant avant ou après un syndrome léthargique ou myoclonique, et présentant des caractères spéciaux ; instabilité, opposition entre le ton affectif et les idées délirantes émises, etc.

Les deux malades que nous présentons appartiennent à cette dernière catégorie. Elles sont chacune à un stade différent de leur évolution. L'une est guérie, l'autre ne l'est pas. Mais si, dans le temps, leurs cas ne sont pas superposables, par contre, par l'aspect clinique, ils sont identiques.

Il nous a paru intéressant de confronter devant la Société ces deux malades. Chez l'une, aucune amnésie rétrospective, — chez l'autre conscience nette de son état actuel. Elles se confirment l'une et l'autre dans l'analyse de leurs troubles. Souvent les expressions dont elles se servent sont identiques, et de leur conversation, aussi bien que de leur interrogatoire, on a l'impression nette qu'il s'agit d'un syndrome psychique spécial et dont les caractères similiaires se retrouvent à la fois chez ces deux malades. Ce sont ces caractères

— sur lesquels déjà d'autres auteurs ont insisté — que nous nous efforcerons de mettre en lumière après avoir résumé les deux observations.

La première de ces malades, celle qui est guérie, a déjà fait l'objet d'une communication à la Société de Psychiatrie en avril 1921 :

I. — Tho... Valérie, âgée de 36 ans, entre le 17 février 1921 au service des délirants de la Pitié, venant du service 9 (chirurgie) où elle était rentrée par suite d'un syndrome d'obstruction intestinale.

Facies hébété, somnolent, ptosis de la paupière gauche, rétention vésicale et rectale. Température 38°5. Pouls 100. La malade ne répond pas aux questions ; paraît anéantie. D'après les renseignements fournis par le service 9, aurait présenté de l'agitation, de l'anxiété, de l'excitation psychomotrice avec propos reflétant des terreurs (crainte qu'on ne lui fit du mal, qu'on ne la tuât), aucun souci d'elle-même. Paraît désorientée. C'est une femme grosse, au facies comme bouffi et fixe. Aspect d'une personne qui vient de s'éveiller et qui l'est à peine. Langue suburrale. Herpès labial. Pupilles réagissant à la lumière. Déformation légère de la pupille droite. Réflexes tendineux à peine perceptibles. Rien au cœur, ni aux poumons. Foie, rate normaux. Les règles qui avaient cessé depuis trois mois, font à nouveau leur apparition le lendemain de son entrée. La malade cause un peu, mais prétend ne pas pouvoir marcher. Aucune paralysie des muscles moteurs. Pas de Babinski, ni de Kernig, ni de trépidation épileptoïde. Sensibilité aux divers modes, normale. Ponction lombaire : liquide s'écoulant bien ; peu d'éléments cellulaires (2 lymphos par division au Nageotte) ; léger nuage d'albumine ; 0 gr. 56 de glucose par litre. Urines : ni sucre, ni albumine.

19 février. — Répond aux questions : bien orientée dans l'espace et le temps. Peut se lever : marche normalement. Gémissieuse et inquiète. Réclame son mari avec une insistance puérile : « Je veux mon petit homme ».

Disparition de la rétention de l'urine et des matières. Diminution notable de la stupeur et de l'hébétude.

Renseignements fournis par le mari :

Pas d'antécédents héréditaires à noter. Mariée en 1907. Caractère un peu nerveux avec exagération au moment des règles.

Début de la maladie actuelle le 4 décembre 1920, par du tremblement, des claquements de dents. *Somnole* continuel-

lement pendant deux ou trois jours. Arrêt des règles depuis le 4 décembre jusqu'au 17 février. Anxiété : le moindre bruit lui fait peur. Troubles oculaires : diplopie. Ne pouvait plus coudre. Quelques jours avant d'entrer à l'hôpital, hallucinations visuelles. Dans la quinzaine qui a précédé, devient indifférente, néglige sa toilette. Elle insulte son mari. Elle dit qu'elle va mourir, que son sang est empoisonné. Un soir que son mari lui offre un œuf, le refuse en disant qu'il y a des médicaments qu'on a mis dedans. Refuse les aliments, craint qu'on l'empoisonne. Reste couchée toute la journée.

21 février. — Se plaint qu'on l'électrise, qu'un homme vient la nuit lui faire peur, lui demander ce qu'elle a dans le corps. « On l'endort à l'éther ». Elle hurle — à la façon d'un enfant — sans larmes : « Je vais mourir, je vais devenir folle, je le sais bien que je vais mourir. J'ai une main de morte ». Réclame « son petit mari ». Elle dit qu'il est là, qu'elle l'a entendu parler. Elle se plaint de céphalée occipitale.

3 mars. — Frayeurs nocturnes. Strabisme externe de l'œil gauche. Se plaint de voir double. Etat de torpeur plus accentué. Marche avec attitude soudée. Cet état de somnolence disparaît le lendemain pour réapparaître du 8 au 11 mars.

11 mars. — Facies toujours étonné, hébété, endormi. Aspect infantin. Geint, hurle par instants : « Je vais mourir. J'entends qu'on me parle tout le temps. Une voix me dit « ne t'en fais pas ». On m'étourdit, on ne me soigne pas, on m'énerve, on me rend folle. » « Je veux mon petit homme, je suis morte. »

5 avril. — « Elle va mourir, elle le sait bien. » Elle se plaint qu'on lui fait de l'hypnotisme. Elle pousse des cris, de véritables hurlements, comme un enfant « qui braille ». Elle refuse de faire tout ce qu'on lui dit, casse les objets qui sont à sa portée, griffe les infirmières, injurie les médecins. Puérilisme de son attitude, de ses plaintes toujours les mêmes. Puérilisme semblable à celui d'un cas cité par Dupouy (1), *stéréotypies* aussi bien dans le ton que dans le contenu de ses paroles. Quand elle cesse de parler dit « qu'on l'arrête de causer », « qu'on la fait parler malgré elle ». Etant prise en flagrant délit de masturbation par la surveillante dit « qu'on lui fait faire des choses dégoûtantes ».

Interrogée pour savoir quel est cet « on », répond : « Vous le savez bien, c'est vous qui le faites faire », puis

(1) DUPOUY. — *Soc. de psych.*, 17 juin 1920.

tout à coup, quittant ce ton de braillage et de hurlements, dit d'une voix tout à fait naturelle « mais oui, je suis énermée, ce n'est pas bien, mais ce n'est pas ma faute, je veux voir les autres malades ».

Ne demande pas à s'en aller, ne demande plus « son petit mari ». A la dernière visite de ce dernier, l'a insulté et battu.

Deuxième ponction lombaire : glucose 0 gr. 42 par litre.

20 avril. — Hurle de plus en plus : « On ne me soigne pas, je vais devenir folle, je le sais bien que je n'ai plus mes idées », par intervalles se tait, parle d'une voix naturelle, puis recommence : « On m'énerme, on me fait crier ». Facies toujours semblable, bouffi, immobile, stupide. Disparition des troubles moteurs oculaires. Les cris ne cessent pour ainsi dire plus, jour et nuit.

2 mai. — Toujours très agitée. Par intervalles, quitte le ton pleurnicheur et braillard pour dire de sa voix la plus naturelle : « Je n'ai plus l'esprit vivant, je me sens toute bête. »

6 mai. — L'état ne s'améliorant pas, on décide de faire le passage de la malade à Ste-Anne.

Sortie du Pavillon Charles-Quentin le 7 mai. Reste 15 jours à Ste-Anne, puis le 25 mai à Peray-Vaucluse. Au début de son séjour dans cet établissement, continue à être très agitée — avec insomnie — puis se met à pleurer (chose qu'elle n'avait pu faire auparavant). C'est le début de l'amélioration qui se continue et la malade sort après cinq mois et demi d'internement.

Actuellement (juin 1922), elle se porte parfaitement bien. Elle se souvient avec précision de tout ce qui s'est passé pendant sa maladie dont elle analyse les épisodes avec beaucoup d'humour et d'à-propos.

2^e OBSERVATION. — G..., Louise, âgée de 33 ans, envoyée au Pavillon Charles-Quentin parce qu'elle présente des idées délirantes.

A. H. — Père mort d'un cancer de l'estomac.

Mère bien portante.

Un frère âgé de 36 ans, bien portant.

Une sœur morte de la grippe il y a 4 ans.

A. P. — Bien réglée. Pas d'enfants.

Pas de maladies avant l'encéphalite actuelle qui a débuté il y a 18 mois.

Cependant quelques crises douloureuses dans la région du cholédoque et de la vésicule biliaire.

Maladie actuelle : Début en janvier 1921 : par de la somnolence, des troubles parétiques de la musculature externe de l'œil (strabisme divergent à gauche et ptosis du même côté), puis tremblement des membres avec prédominance aux membres supérieurs. Ce tremblement durait quelques minutes seulement, puis cessait. Le regard était devenu fixe et avait attiré l'attention de l'entourage. Elle paraissait indifférente à ce qui l'entourait, sans avoir jamais présenté ni désorientation ni amnésie.

Elle présentait, en outre, des bouffées d'idées délirantes de persécution : elle croyait que ses voisins lui en voulaient et avaient l'intention de lui faire du mal.

Malgré tous ces troubles, la malade n'est pas restée couchée et elle continuait à travailler à son ménage.

Au bout de quelques mois (sans qu'il soit possible de faire préciser la date), la plupart de ces symptômes s'atténuent ou disparaissent. Il persiste cependant une expression figée de la figure, un regard fixe, une parole monotone et lente, de la dépression, une certaine paresse intellectuelle et de temps en temps du tremblement dans les membres supérieurs.

La malade essaie de reprendre son emploi comme vendeuse dans un magasin, mais commet de graves erreurs dans la manutention des marchandises et est renvoyée au bout de quelques semaines. En février 1921, aurait eu une grippe (??) pendant laquelle elle se plaint uniquement de céphalées.

Depuis cette grippe qui aurait duré un mois, tous les symptômes précédents ont refait leur apparition. En outre, apparaissent de la dépression mélancolique avec des idées délirantes de persécution dirigées contre ses voisins.

C'est à ce moment qu'elle entre à la Pitié où on la dirige sur le pavillon Charles-Quentin.

A ce moment, on remarque chez elle un état général qui n'est pas mauvais. Le facies n'est pas amaigri, mais a par contre cet aspect caractéristique des encéphalites : facies figé, regard fixé, parole saccadée, sans qu'aucun muscle du visage ni des yeux ne remue. Le tégument est comme verni d'une sueur légère. Strabisme divergent de l'œil gauche. A la démarche, l'attitude apparaît légèrement soudée. En parlant, la salive s'écoule de la bouche de la malade, semblable à la sialorrhée des Parkinsonniens. De temps à autre, tremblement des muscles du membre supérieur gauche.

Examen physique. — Pas de fièvre. Pas d'accélération du pouls. Urines : ni sucre ni albumine.

Cœur : 1^{er} bruit claqué à la pointe.

Tension (Pachon) : 17 — 9.

Poumons : Respiration rude et submatité du sommet à droite.

App. digestif : Langue rouge, trémulante. Sialhorrée abondante.

Foie : débordant le rebord costal de trois travers de doigt.

App. nerveux : *Motricité*. Tremblements par intervalles, à caractère saccadé, sans myoclonie à droite dans le membre supérieur et dans la partie adjacente du tronc. Léger degré de tremblement intentionnel, mais à caractère inconstant. Démarche figée, la tête ne se mettant jamais en rotation spontanément.

La souplesse musculaire est conservée.

Sensib. : normale à tous les modes.

Réflexes : *Oculaires* normaux.

Mydriase égale des 2 yeux.

Strabisme divergent à gauche.

Pas de nystagmus.

Tendineux : exagérés.

Pas de Babinski.

Pas d'Oppenheim.

Trépidation épileptoïde du pied et de la rotule.

Ponction lombaire : ni albumine, ni lymphocytose.

Glycorachie : serait positive, mais vu les écarts dans les résultats, étant donnée la petite quantité de liquide, est d'une signification réservée.

Etat mental. — Orientée dans l'espace et le temps. Mémoire conservée dans les différents modes. Conscience exacte de son état. Pas d'affaiblissement intellectuel. Dépression psychique, sans aspect mélancolique. Stéréotypie de ses plaintes et de ses paroles. Etat paradoxal et opposé des idées délirantes émises et du ton affectif.

C'est là le caractère dominant de l'examen psychique.

Idées, délirantes. — a) mélancoliques : La malade dit sur un ton uniforme, stéréotypé, avec un facies immobile, et comme impersonnel :

« Je suis damnée. Faites-moi mourir. Mon âme ne sera jamais reçue au ciel. Il n'y a pas de place là-haut. Elle est revenue. Faites-moi mourir. Tuez-moi. Je n'ai plus de pensée. Je suis un corps sans âme et sans pensée. Tuez-moi. Faites-moi mourir. »

b) de persécution : « Les voisins m'en veulent. Ils disent du mal de moi. Je le sais bien. »

Hallucinations psychiques ?? : « J'entends des voix. Mais ce n'est pas avec mes oreilles. C'est dans ma pensée. »

Pas d'interprétations.

Inquiétude : « J'ai peur, j'ai tout le temps peur. »

Réaction : Dans sa chambre, a réussi à grimper jusqu'à

une imposte en tirant son lit près de la fenêtre, mais voyant qu'elle est à deux étages du sol, reste suspendue sans se jeter dans le vide. Et comme on lui pose la question : Pourquoi ne vous êtes-vous pas jetée par la fenêtre, elle répond : « C'était trop haut, j'aurais pu me faire du mal. J'avais peur, je voulais me sauver. »

Ton affectif : Alors qu'elle émet ses idées délirantes de persécution, on lui objecte : « Mais c'est illogique ce que vous dites. » Elle répond en souriant et en changeant de ton : « Je le sais bien, mais je le dis tout de même. »

Puérilité dans sa façon de s'exprimer, s'interrompt pour dire : « Je me sens toute bête. Je me sens comme sont les folles. Je me sens folle. Je resterai toujours ici. J'ai toujours peur. Je dis des bêtises parce que j'ai peur que ce soit vrai. »

Chaque matin, à la visite, répète invariablement : « Je suis damnée. Tuez-moi. Je ne sais pas mourir. Je deviens folle. »

Si on lui dit : « Assez de bêtises, souriez un peu », elle s'interrompt et se met à sourire.

22 juin. — Ce sont toujours les mêmes paroles, le même ton, le même facies immobile, le même regard fixé, le même contenu enfantin des idées délirantes : « Mon âme est allée au Paradis. Saint Pierre n'en a pas voulu parce que le Paradis était complet, alors mon âme a fait le tour du monde et est revenue. »

26 juin. — Tantôt la malade est très calme, semble presque normale, pour, quelques instants après, être anxieuse, délirante et extrêmement agitée.

Ces variations brusques de son état sont très sensibles.

En résumé, ces deux observations de deux malades qui ont présenté à des moments différents des syndromes cliniques identiques, et dont l'une est actuellement guérie, nous ont semblé intéressantes à être rapportées, d'autant plus qu'il nous a été possible de présenter les deux malades à la Société.

Caractérisées par un état d'inquiétude accompagné d'idées délirantes à caractère pénible et d'hallucinations élémentaires psychiques avec agitation par intervalles, ces deux observations mettent en lumière :

- 1° La stéréotypie du langage des malades.
- 2° Le contraste entre leur affectivité et la couleur des idées délirantes.
- 3° L'instabilité des troubles psychiques.

4° La puérilité de plaintes des malades et de leur accent.

Nous n'insistons pas sur ces caractères déjà mis en évidence dans un certain nombre d'observations publiées par d'autres auteurs et nous-mêmes et sur lesquels a insisté en particulier Petit (de Bourges).

Ces deux cas ne sont qu'un appoint de plus à la thèse de ceux qui croient que les troubles psychiques de l'encéphalite ont un caractère clinique particulier qui permet de les décrire comme une entité spéciale.

DISCUSSION

M. René CHARPENTIER. — Je voudrais poser à M. Pierre Kahn deux questions à propos de la présentation si intéressante qu'il vient de faire. M. Pierre Kahn nous dit que ces deux malades, dont le syndrome fut identique, et dont l'une est actuellement guérie, ont présenté du puérilisme mental. Or, rien dans l'observation qu'il nous a lue, ni dans les propos des malades en séance, ne permet de conclure à du puérilisme mental.

N'y aurait-il là qu'une confusion de termes trop souvent rencontrée ? On entend fréquemment dans nos Sociétés confondre le puérilisme avec la puérilité, employer les deux termes l'un pour l'autre. Le *puérilisme mental*, décrit par Dupré en 1903, est un syndrome de régression ou d'arrêt de la mentalité au stade de l'enfance. Il est caractérisé par « une série concordante et systématique de manifestations psychiques et expressives dont l'apparition transforme pour ainsi dire en enfants de cinq à dix ans les adultes atteints de puérilisme » (Dupré, Congr. Bruxelles, 1903, t. II, p. 269). C'est là un syndrome particulier qui ne doit être confondu ni avec l'infantilisme, ni avec la puérilité, ni avec le retour à l'enfance des vieillards affaiblis.

La *puérilité*, au contraire, est un symptôme qui traduit la faiblesse originelle ou l'affaiblissement acquis du jugement. Ce terme de comparaison indique que, dans des conditions données, un adulte juge comme aurait jugé un enfant, qu'il émet un jugement ou accomplit un acte qui participent de la même sponta-

néité irréfléchie que les paroles ou les actes des enfants.

La puérilité est un symptôme ; le puérilisme mental est un syndrome consistant en une anomalie de la personnalité tout entière.

M. Pierre Kahn estime-t-il que dans les deux cas qu'il nous a présentés il s'agit de puérilité des propos ou du véritable syndrome « puérilisme » ?

La question n'est pas purement une question de terminologie, bien qu'il y ait un grand intérêt, en psychiatrie surtout, à s'efforcer de préciser les termes et à éviter leur confusion. En effet, avec Paul Courbon, nous avons, en 1909 (1), décrit un *puérilisme confusionnel*, altération de la personnalité caractérisée par un état transitoire de délire ecmnésique, éclos sur un fonds de confusion mentale, à l'occasion, le plus souvent, de troubles infectieux ou toxiques. J'ai rapporté depuis un nouveau cas de puérilisme confusionnel d'origine émotionnelle (2). Je prie donc M. Pierre Kahn de bien vouloir préciser si, à son avis, il s'agit chez ses deux malades de puérilisme mental confusionnel ou de simple puérilité des propos.

D'autre part, je voudrais également demander à M. Pierre Kahn de préciser les raisons de l'internement de la première des deux malades, celle aujourd'hui guérie. Il nous a dit, en effet, que son service libre n'ayant que dix lits il a dû interner la malade. Je ne pense pas que l'on puisse considérer le nombre de lits d'un service comme une raison suffisante pour l'internement des malades qui s'y trouvent. Il paraît plus logique et plus simple de n'y pas recevoir d'autres malades lorsqu'il est complet. Ou bien cette malade devait être internée, et ce n'est pas alors une question de disponibilité de lits qui intervint, ou bien elle ne devait pas l'être et rien dans ce cas n'aurait certainement dé-

(1) René CHARPENTIER et Paul COURBON. — Le Puérilisme mental et les états de régression de la personnalité. — *L'Encéphale*, 1909, pages 319, 513.

(2) René CHARPENTIER. — Un cas de puérilisme mental au cours des opérations de guerre. — Contribution à l'étude des psychoses émotionnelles. — *Revue Neurologique*, juin 1917.

terminé M. Pierre Kahn à rédiger et à signer un certificat d'internement. Il est donc intéressant de préciser ce qui, à un moment donné, a pu nécessiter un internement et déterminer le passage de la malade d'un service ouvert à un service fermé. La question a son intérêt, au moment où il s'agit de déterminer quelles sont les catégories de psychopathes auxquelles convient l'Assistance libre.

M. Pierre KAHN. — En réponse à la question de M. René Charpentier, je préciserai qu'il ne s'agit pas chez mes malades du syndrome de puérilisme mental, tel que l'a décrit mon maître Dupré. D'autre part, le petit nombre de lits (10) du service ouvert de la Pitié n'a pas permis de garder plus longtemps la malade malgré le pronostic favorable qui avait été porté. Les grands services ouverts de psychiatrie n'existant pas à cette époque, il ne restait que Ste-Anne où on pût la diriger.

M. DUPAIN. — Cette malade fut internée dans mon service. Son agitation était telle que, dès le premier jour, il fallut la placer dans le quartier des agitées et doubler près d'elle le personnel infirmier. Je me demande comment il aurait été possible de maintenir une telle malade dans un service ouvert.

M. René CHARPENTIER. — Dans ces conditions, étant donné la durée et l'intensité des troubles présentés par la malade, j'avoue que je ne vois plus, où, dans l'esprit de M. Pierre Kahn, se trouve la démarcation entre les services ouverts et les services fermés.

M. ANTREAUME. — Des deux cas présentés par M. Kahn, l'un a été traité sans internement, l'autre, qui a été guéri, l'a été après internement. Notre excellent confrère nous dit que cette mesure d'internement aurait pu être évitée à la deuxième malade ; c'est possible, mais je comprends très bien qu'à l'hôpital, l'administration ne veuille pas, dans un service de délirants aigus (non pour des questions de principe, mais pour des raisons matérielles) conserver plus que quelques semaines des malades agités, c'est-à-dire à réactions vives. L'internement, en pareil cas, est une mesure qui n'est pas ordonnée contre le malade, mais dans son inté-

rêt les services d'aigus et de traitement temporaire dans les hôpitaux fonctionnant en somme comme des services de fortune, dans des conditions qui demanderaient à être perfectionnées pour le côté matériel (disposition et agencement des locaux) et même pour le côté médical.

Pour compléter ma pensée sur ce dernier point — et je prie mon ami Pierre Kahn dont on sait le passé psychiatrique et la compétence de ne voir dans mes paroles aucune critique personnelle — je crois que des services d'hôpitaux pour malades mentaux non internés devraient obligatoirement et officiellement avoir à leur tête un psychiatre avec *investiture officielle*. Cela est nécessaire dans les services ouverts aussi bien que dans les services de délirants aigus qui fonctionnent en partie comme des services d'attente, comme des services de triage où l'expertise mentale par le chef de service doit être pratiquée avec toute la compétence désirable en cette matière délicate.

Or, si des services de ce genre dans les hôpitaux sont confiés *officieusement* à des médecins instruits et spécialisés comme mon interlocuteur, dans l'organisation médicale hospitalière actuelle, il est possible que dans la suite un service comme celui qu'il assure à la Pitié soit attribué à un médecin qui ne serait pas psychiatre et n'offrirait pas les garanties de compétence nécessaires dans l'intérêt des malades assistés.

Sous ces réserves, je trouve très intéressants les deux cas présentés et je constate même, au bénéfice du service que dirige M. Pierre Kahn avec un grand dévouement, que l'une des malades qui se loue d'avoir été traitée à l'hôpital de la Pitié, a gardé un moins bon souvenir de son temps d'internement à l'asile. La préférence des psychopathes va évidemment pour les soins à recevoir aux services sans internement, c'est-à-dire sans privation officielle de la liberté, et il faut toujours s'efforcer qu'il en soit ainsi en matière d'assistance, c'est-à-dire ne pratiquer l'internement qu'à bon escient (malades à réactions anti-sociales ou protestataires). C'est, du reste, ce qui ressort des travaux du récent Congrès d'Hygiène mentale de Paris.

M. MIGNARD. — Il ne me semble pas que des malades

agités puissent être placés parmi ceux auxquels conviennent les services ouverts, même de façon temporaire. Comment, en effet, les y conserver en traitement ? A chaque instant on sera pris dans ce dilemme : ou bien les laisser partir au gré de leur fantaisie, ou bien les maintenir en dehors de toute règle. L'internement est bien préférable, car il donne toutes garanties au malade, au médecin, à la Société. L'on voit clairement, dans les cas de ce genre, l'incontestable utilité, la très grande bienfaisance des Asiles d'aliénés...

M. René CHARPENTIER. — L'explication de ces faits réside, je crois, dans la nature même du service que dirige M. Pierre Kahn. Il y a, en effet, jusqu'ici, deux catégories différentes de services dits « services ouverts », réservés à l'Assistance libre des psychopathes. Je ne veux pas rappeler les deux catégories, à mon sens identiques, dont il a été parlé au Congrès d'Hygiène Mentale : service ouvert situé à l'hôpital et service ouvert situé à l'asile. Il n'y a, il ne doit y avoir entre ces deux services réservés aux mêmes malades, aucune différence tenant au lieu dans lequel ils sont situés. Qu'ils soient à l'Asile ou à l'Hôpital, les services ouverts réservés aux psychopathes susceptibles d'en bénéficier (c'est à dessein que je n'emploie pas la mauvaise expression de « petits mentaux ») doivent recevoir les mêmes malades. Ce serait une singulière façon de lutter contre le « préjugé » qui s'attache aux maladies mentales que d'établir entre l'internement que l'on veut restreindre et le service ouvert hospitalier que l'on veut étendre, une troisième catégorie intermédiaire située à l'Asile. Le service ouvert, qu'il soit à l'hôpital ou à l'Asile, reçoit les mêmes malades, traite les mêmes troubles mentaux, et, lorsqu'il le juge utile, interne à l'Asile les mêmes aliénés. Je ne vois pas de raisons pour lesquelles, suivant le désir exprimé tout à l'heure par M. Pierre Kahn, un malade qui ne pourrait garder un service ouvert hospitalier, serait envoyé au service ouvert de l'Asile au lieu d'être interné. Le service ouvert de l'Asile cesserait alors d'être ce qu'il doit être, pour devenir le lieu de passage chargé d'interner ou de garder les malades que ne pourraient conserver les services ouverts hospitaliers. Tel ne me paraît pas être

son but. Et ce n'est pas ainsi que l'Asile deviendrait dans l'esprit du public, suivant les désirs de tous, l'Hôpital psychiatrique.

Mais il y a une autre catégorie de services ouverts hospitaliers, la première organisée à l'instigation de Régis et de Gilbert Ballet, ce sont les services pour délirants aigus. C'est un de ces services que dirige M. Pierre Kahn, services indispensables, qui devraient exister presque dans chaque hôpital. Ils sont destinés à éviter l'internement aux malades présentant des épisodes délirants transitoires au cours des toxi-infections aiguës ou chroniques. Ils comportent de ce fait un nombre très limité de lits et l'on conçoit que la prolongation des troubles, leur intensité, leur tendance à la chronicité puissent déterminer le passage à l'Asile et l'internement de malades chez lesquels on avait pu d'abord penser à bon droit à des accidents passagers. Ce sont des raisons de cet ordre qui ont conduit à l'Asile la malade primitivement placée dans le service de M. Pierre Kahn.

M. Pierre KAHN. — Je ne comprends pas très bien l'objection de M. Dupain. Voici une malade admise dans un service de chirurgie de la Pitié et qui, à la suite de troubles délirants et d'agitation, est dirigée sur le pavillon des délirants et agités du même hôpital. Là on diagnostique une encéphalite léthargique, et on établit un pronostic favorable. Pendant 3 mois, on attend une guérison qui tarde. Effectivement, elle ne s'est produite que quelques mois après. Je ne vois pas en quoi ces faits peuvent prêter à la moindre critique. Ah ! si les services ouverts de psychiatrie avaient existé à cette époque, avec quelle joie j'aurais vu cette malade échapper aux formalités de l'internement ! Aussi suis-je heureux d'applaudir à leur création à laquelle j'ai pu — pour ma part — contribuer, lorsqu'en avril 1914, à la suite d'une communication que je faisais sur le fonctionnement du service d'agités et de délirants de l'Hôtel-Dieu dont je m'occupais comme assistant de mon maître Chantemesse, la Société Médicale des hôpitaux a émis à l'unanimité le vœu de voir se créer dans chaque hôpital un service similaire, afin d'éviter l'internement à tous ceux qui, guérissables, n'étaient

pas un danger social, et de façon à ce que l'ouvrier puisse trouver à l'hôpital les mêmes modalités que le riche dans les maisons de santé.

Mais si, dans quelques hôpitaux, ces petits services d'agités ont été installés dans des locaux dont ce n'était pas la destination première, il n'en fut pas de même à la Nouvelle-Pitié, et ici les faits ne concordent pas en ce qui concerne les malades que je viens de présenter avec les objections de notre excellent collègue M. Antheaume. Ni le côté matériel, ni le côté médical, ne sont inférieurs à ce qu'ils doivent être. Le pavillon a été récemment construit en vue de sa destination actuelle. Et s'il y avait un doute sur la façon dont les malades y sont soignés, le témoignage inattendu qu'une de mes malades a rendu devant vous, et que M. Antheaume a bien voulu rappeler; serait la preuve que, tant au point de vue personnel, qu'à celui des soins donnés, ce petit service ouvert d'agités et de délirants n'est pas inférieur à la tâche, toujours difficile, qui lui est dévolue.

Mais il me faut encore répondre à une pensée de M. Antheaume en ce qui concerne l'organisation médicale actuelle de ces petits services. Je suis tout à fait d'accord avec lui pour souligner ce que cette situation a d'imparfait au point de vue administratif. Elle ne fait que souligner, après la suppression des services de Bicêtre et de la Salpêtrière, l'abandon où l'on tient ceux qui, parmi le personnel médical des hôpitaux de Paris, se sont spécialisés dans l'étude effective de la Psychiatrie.

Mais en fait — et l'expérience l'a prouvé — l'état actuel au point de vue pratique n'est pas aussi alarmant que certains ont cru devoir le proclamer.

Les médecins des hôpitaux, chefs des services auxquels étaient rattachés les quelques lits de délirants et agités existant actuellement, ont fait appel à ceux de leurs anciens internes, spécialisés en psychiatrie et auxquels le clinicat des maladies mentales à la Faculté donnait l'estampille officielle nécessaire, pour les assister de leurs conseils techniques, et cela en vue de l'intérêt dominant des malades.

Hallucinations lilliputiennes et paludisme

(OBSERVATION PERSONNELLE)

Par M. HIKARY (de Bagdad)

(lue par M. Leroy)

Ayant lu récemment les études de M. Leroy sur les hallucinations lilliputiennes, je prie la Société Médico-Psychologique de vouloir bien me permettre de lui soumettre un cas personnel concernant ce sujet.

En 1916, j'exerçais la médecine à Kesrouan (Nord Liban) où la malaria sévissait en pleine épidémie. Je n'ai pu y échapper et, durant deux ans, j'ai eu, de temps à autre, des accès intermittents paludéens. Au cours de la plupart de ces accès, j'avais des hallucinations lilliputiennes (origine toxi-infectieuse) renforcées peut-être par la quininisation.

Pendant les accès, mon sommeil était léger ; je me rendais presque compte de ce qui se passait autour de moi. Je me trouvais souvent dans un état de *rêvasserie* pendant lequel je voyais des *milliers de minuscules personnages, mesurant 15 à 20 cent. à peu près de hauteur, courir dans toutes les directions, franchir d'un pas les fleuves, escarper en un clin d'œil de hautes montagnes, se précipiter avec une vitesse extraordinaire de leurs sommets pour descendre dans les abîmes ou traverser des plaines immenses*, en somme se trouvant dans un état de mouvements multiples, variés, extrêmement rapides et en sens contraires les uns aux autres. Ces petits êtres étaient vêtus différemment de robes, de pantalons, etc. de couleur ordinaire.

Je ne les entendais pas parler (pas d'hallucinations auditives), je voyais les montagnes, fleuves et plaines avec leur grandeur, largeur et étendue réelles.

Je me réveillais de cet état de rêvasserie un peu fatigué, semblable à quelqu'un qui vient d'assister à une longue pièce de théâtre ; mais je ne tardais pas à me rendormir vite et le tableau précédent se représentait ou se continuait immédiatement devant mes yeux clos, comme si mon réveil servait d'entr'acte à ce spectacle hallucinatoire.

Y a-t-il une prédisposition familiale ou héréditaire à ces hallucinations ? Mon frère, chorévêque supérieur d'un couvent au Liban, a eu, en 1915, un typhus très grave, pendant lequel il a présenté passagèrement un délire avec hallucinations auditives et visuelles. Personne de notre famille n'a eu, en dehors de nous, d'hallucinations.

DISCUSSION

M. LEROY. — L'auto-observation si nette de M. Hikary est un cas classique de délire onirique dans le paludisme. Dans cette infection, en effet, le malade est plongé dans une sorte de sub-délire, sans perte totale de la conscience, survenant principalement à la période de chaleur et disparaissant peu après, à la période de sueurs. C'est le type du délire de rêve. Le syndrome des hallucinations lilliputiennes doit donc se rencontrer assez souvent dans le paludisme, de même qu'il a aujourd'hui droit de cité dans l'alcoolisme, d'autant plus que les délires sont absolument comparables dans les deux cas.

Notre confrère explique fort bien que ces troubles psycho-sensoriels se sont produits au cours d'une *rêverie*, au moment où la conscience était très affaiblie, sinon absente et où il avait les yeux fermés. La scène disparaissait avec le réveil pour reparaitre ensuite, comme peut se continuer un rêve interrompu. On comprend facilement combien cet état est favorable à la production de ces visions minuscules, dont nous connaissons le rapport étroit avec l'imagination infantile.

Il est à remarquer que l'onirisme rappelle ici les *délires à éclipse* de M. Legrain, puisque le même tableau revenait au cours de la plupart des accès.

M. H. COLIN, secrétaire général, propose d'avancer de huit jours, en raison du Congrès de Quimper, la prochaine séance, qui régulièrement devrait avoir lieu le lundi 31 juillet (adopté).

La séance est levée à 18 h. 30.

Les Secrétaires des séances,
René CHARPENTIER et J. CAPGRAS.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

BIOLOGIE

Eléments de Biométrie, par le D^r Alfred MARTINET (1 vol. in-8°, 220 pages, 2^e édit., Masson et Cie, édit. Paris, 1921).

La notion de mesure domine l'évolution de toute science humaine et la biologie ne saurait y échapper. Passer de l'observation banale d'un phénomène à la mesure d'un ou de plusieurs de ses attributs ou, en d'autres termes, passer de la notion de qualité à celle de quantité est le seuil primordial de toute évolution scientifique. L'objet de ce volume est l'exposé des règles qui doivent présider en général à ces mesures et à leur mise en œuvre, avec l'examen de toutes les questions essentielles de principe (coefficients d'erreur, déterminisme expérimental, etc...).

Plein d'aperçus intéressants, ce livre étudie successivement la biométrie *statique* (simple mesure des attributs du phénomène constaté), la biométrie *cinématique* (étude des variations de la quantité étudiée et par conséquent du nombre qui la mesure), la biométrie *dynamique* (caractérisée par la comparaison de séries contemporaines, de courbes évolutives de deux ou plusieurs phénomènes). Il se termine par l'étude de quelques applications de la *méthode statistique* cliniquement médiocre, mais qui constitue une des méthodes numériques d'investigations les plus précises et les plus fructueuses pour l'étude des phénomènes collectifs, des problèmes démographiques, natalité, mortalité, criminalité, etc.).

Des documents annexes forment un répertoire des *données biométriques* cliniques élémentaires et indispensables.

RENÉ CHARPENTIER.

MÉDECINE GÉNÉRALE

Radiologie et Radiumthérapie, par MM. BÉCLÈRE, COTTENOT et Mme LABORDE (in *Traité de pathologie médicale et de*

thérapeutique appliquée, publié sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, 1 vol., 520 pages, A. Maloine et fils, édit., Paris, 1921).

Une introduction remarquable de M. Bécélère (à qui l'on doit tant pour leur utilisation diagnostique et thérapeutique) rappelle l'histoire des découvertes si fécondes des rayons de Roentgen et du radium de M. et Mme Curie. M. Cottenot étudie ensuite les rayons X et les appareils qui les produisent, leurs dangers, les moyens de protections, la technique et les indications du *radiodiagnostic* et de la *radiothérapie*. Mme Laborde passe en revue les corps radioactifs, les appareils qui permettent leur emploi, leur action biologique sur les tissus sains, et termine par les applications thérapeutiques du radium, *radiothérapie* ou *curiethérapie*. Ces deux exposés se complètent pour enseigner l'emploi thérapeutique des radiations de courte longueur d'onde.

René CHARPENTIER.

Thérapeutique. — Tomes I et II (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, 2 vol., 368 et 526 pages. A. Maloine et fils, édit., Paris, 1922).

Après un volume dont nous avons déjà parlé, consacré à l'hygiène et aux régimes, vient un volume de thérapeutique, en entier consacré à la *Physiothérapie*. Une Introduction de M. le Prof. Carnot expose la transformation de l'art de guérir sous l'influence de la méthode expérimentale et des intéressantes découvertes de la physique moderne. M. Linossier consacre à la *crénothérapie*, traitement des maladies par les sources, une étude très documentée qui a pour objet principal les eaux françaises et les indications des cures hydrominérales pour le traitement des différentes maladies. La *climatothérapie* est étudiée par M. d'Ælsnitz, ainsi que la *thalasso-thérapie* et l'*héliothérapie* par MM. Venot et Pruvost. Sont ensuite exposées les notions relatives à la *thermothérapie* et à la *cryothérapie*, par M. Lortat-Jacob, à l'éducation physique et *cinésithérapie* par M. Desfosses, à la *photothérapie*, par M. Louste.

Un deuxième volume envisage d'abord, dans une première partie due à M. Pierre Pruvost, la *Bactériothérapie*,

la *Vaccinothérapie*, la *Sérothérapie* et l'*Hémothérapie*, acquisitions nouvelles basées en grande partie sur les conceptions actuelles de défense biologique contre les infections aiguës ou chroniques et qui, malgré la très grande efficacité de certains procédés, ne résument pas tout le traitement des maladies infectieuses. Dans une deuxième partie, intitulée par M. Carnois : *formulaire et technique thérapeutique*, sont classés par action thérapeutique les médicaments d'un usage courant, avec l'indication de leur mode d'administration, des inconvénients aussi ou des dangers qu'il faut éviter en les administrant.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Le Sympathique et les systèmes associés, par M. A. GUILLAUME, préface du Professeur Pierre Marie (2^e édition, 1 vol. in-8°, 396 pages, Masson et Cie, édit., Paris, 1921).

Sous le nom de *mécanisme neuro-glandulaire de la vie organo-végétative*, M. Guillaume décrit au système sympathique deux éléments généraux différents : l'élément nerveux (le sympathique élargi) et l'élément glandulaire endocrinien. Il expose successivement la conception morpho-physiologique générale du système, divisible en trois segments : cranial (parasympathique crânien), thoracique (sympathique vrai) et pelvien sacré (parasympathique pelvien), la *morpho-physiologie* des différents neurones organo-végétatifs, des centres anatomiques et fonctionnels, des centres humoraux, et donne une vue d'ensemble du système neuro-glandulaire de la vie organo-végétative.

L'étude *anatomo-physiologique* et *pharmacologique* des systèmes organo-végétatifs conduit à l'édification des *syndromes cliniques* d'atteinte élective des systèmes : sympathicotonie, para-sympathicotonie, neurotonie. L'auteur passe en revue les syndromes cliniques qui participent des para et des sympathicotonies, classant parmi les neurotonies la constitution émotive de Dupré. Rappelant les travaux de MM. Euzières et Margat, M. Guillaume rattache l'anxiété et l'angoisse à l'hypertonie du sympathique et montre que dans les cas fréquents où existe une neurotonie constitutionnelle, l'existence de cette neurotonie modifie toujours considérablement le tableau clinique d'une affection intercurrente.

L'étroite parenté morphologique et physiologique des

deux systèmes organique et animal, implique une étroite parenté pathologique qui se manifeste en clinique par la coexistence, l'association ou encore le retentissement réciproque des troubles de ces deux systèmes. C'est ce que montre l'étude des névralgies réflexes, des réactions réflexes motrices et vaso-motrices, des troubles trophiques réflexes, des réflexes viscérogéniques étendus.

Le livre se termine par des considérations pratiques de *séméiologie* et de *diagnostic*. Un tableau groupe les divers troubles et signes qui doivent faire penser au clinicien que les éléments nerveux de la vie organique végétative se trouvent lésés. M. Guillaume expose les diverses méthodes d'exploration du système, méthodes physiques (réflexe oculo-cardiaque, réflexe pilo-moteur, arythmie respiratoire, dermographisme), pharmacologiques (par injection hypodermique ou instillation oculaire d'adrénaline, d'atropine, de pilocarpine), chimiques (épreuves de tolérance aux hydrates de carbone, aux graisses), et la synthèse des renseignements classés suivant la chronologie même de l'examen clinique.

La *pathologie* du sympathique comprend d'abord les réactions du sympathique dans les états pathologiques (psychopathiques, toxi-infectieux, viscéraux, diathésiques).

Pour M. Guillaume, dans un très grand nombre de cas, la psychose est inséparable du système organo-végétatif car le « traumatisme psychique » est inséparable des réactions neuro-glandulaires organo-végétatives.

La pathologie du sympathique comprend aussi les réactions de l'organisme au cours des états d'atteinte primitive du système neuro-glandulaire organo-végétatif.

La *thérapeutique* naissante est surtout symptomatique visant à opposer des médications inhibitrices aux états d'hyperactivité et inversement l'action excitatrice aux hypotonies.

Cette deuxième édition, refondue et augmentée, constitue un exposé très intéressant et très complet des notions actuelles d'acquisition récente sur le système sympathique.

RENÉ CHARPENTIER.

La dégénérescence hépato-lenticulaire. Maladie de Wilson. Pseudo-sclérose, par H.-C. HALL. Préface du Professeur Pierre MARIE. (1 vol. in-8°, 362 pages, Masson et Cie, édit., Paris, 1921).

Intéressante monographie basée sur l'étude de 68 cas pou-

vant être considérés comme appartenant au groupe morbide : maladie de Wilson, pseudo-sclérose en plaques, et accompagnés d'autopsie dans 23 cas. Pour l'auteur, le syndrome décrit par Wilson en 1912 sous le nom de dégénérescence progressive doit être considéré comme un type défini, rentrant ainsi que la pseudo-sclérose de Wesphal-Strümpell et certaines formes du spasme de torsion (Thomalla-Winner), dans l'entité pathologique dénommée par M. Hall *dégénérescence hépato-lenticulaire*. Affection hérédo-familiale, cette entité était caractérisée par la combinaison constante d'une affection cérébrale localisée surtout au noyau lenticulaire et d'une cirrhose hépatique. La moitié des cas examinés jusqu'ici présentent en outre une pigmentation vert brunâtre de la cornée.

Le tableau clinique, dominé par les symptômes moteurs, se caractérise surtout par un *tremblement* intentionnel et d'action, rythmique, lent, à grandes oscillations qui cesse dans le repos complet et augmente sous l'influence de l'émotion, par de l'*hypertonie* de type extra-pyramidal, des *troubles de la parole*, de la *déglutition*, de la *marche*, des *troubles du caractère*, de l'*affectivité*, de la *moralité*, des troubles vaso-moteurs inconstants.

L'affection du cerveau et celle du foie doivent être considérées comme des processus parallèles ayant leur cause dans la débilité congénitale de ces organes (abiotrophies).

Mais, fait remarquer M. le Professeur Pierre Marie, comment expliquer que dans les cas d'état lacunaire dans lesquels les altérations du noyau lenticulaire (souvent même des deux) sont profondes, incontestables, destructives, on ne trouve pas le tableau clinique de la dégénérescence hépato-lenticulaire ! Il semble que la seule lésion du noyau lenticulaire soit insuffisante à créer le type morbide décrit par M. Hall, et qu'une autre lésion encéphalique, encore inconnue, soit nécessaire.

RENÉ CHARPENTIER.

Prof. G. LEMOINE. — Le Nucléinate de manganèse : traitement des états anémiques et asthéniques, Paris, Vigot, 1922.

Le nucléinate de manganèse est un des sels manganoux les plus actifs. Son action est manifeste sur le développement des animaux et des plantes. Chez l'homme son action thérapeutique serait particulièrement intense comme agent hématogène et comme source d'énergie : dans

les anémies (du premier âge, de la puberté, des pré-tuberculeux, des hémorragiques), ainsi que dans tous les « états neurasthéniques ».

Louis PARANT.

André NIEL. — La maladie de nerfs de Gustave Flaubert, thèse, Lille, 1922.

Quelle est l'affection, dévoilée par l'indiscrétion de Maxime du Camp, dont fut atteint l'immortel romancier ? De quelle nature étaient ses crises, apparues à 23 ans et qui subirent très longtemps une rémission à peu près complète ? Question difficile à laquelle des réponses très diverses furent données par plusieurs critiques. Le docteur André Niel conclut en faveur de l'épilepsie, après une courte étude où l'un des chapitres les plus curieux est celui où l'auteur s'efforce de montrer que la ténacité insaisissable du colosse, qui écrivait peu et corrigeait constamment, appartient, dans ce cas particulier, à l'état mental du comitial conscient de sa déchéance intellectuelle, et luttant contre la torpeur psychique progressive.

Louis PARANT.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

A. SIERRA. — Contribution à l'étude des épreuves endocriniennes en médecine mentale (*Rev. de Crim. Psych. y Méd. Lég.*, Buenos-Ayres, n° 48, année VIII).

C'est à juste titre que les aliénistes accordent chaque jour une importante croissante aux troubles endocriniens, qui semblent jouer un rôle capital en médecine mentale, ainsi que l'avait pressenti Moreau, de Tours. Mais les épreuves physiologiques comme méthode de diagnostic, en psychiatrie, sont peu nombreuses et peu connues. Sierra a étudié longuement et d'une façon très approfondie, sur 100 aliénés, la valeur sémiologique de : *La raie blanche de Sergent*, *l'Epreuve de Loewi*, *l'Accroissement du métabolisme basique*, *l'Epreuve de Goetsch*, *la tâche érythémateuse de Marañon*, *la réaction de Asoli et Faguioli*.

Mais les résultats n'ont pas répondu à son attente. « La valeur diagnostique des épreuves endocriniennes en psy-

chiatrie, comme réactifs de l'état fonctionnel des glandes à sécrétion interne est douteuse ou inconstante. Sur 100 aliénés, nous n'avons, dit l'auteur, pu établir aucun rapport entre la positivité des épreuves et les divers types nosographiques. La plus profonde anarchie règne en cette matière. Même l'épreuve de Woodbury, qui s'est montrée si souvent positive, est suspecte en raison même de cette fréquence : jusqu'à quel point est-elle spécifique de l'hyperthyroïdisme ? »

Louis PARANT.

J. SANCHIS-BANUS. — A propos du délire d'interprétation filiale. (*Arch. de méd., chirurgie et spécial*, Madrid, 11 février 1922).

Opposant à un *paranoïaque* pur, qui présente un délire d'interprétation filiale, un dément précoce *schizophrénique* atteint d'un délire très comparable, Sanchis-Banus montre combien il est mauvais de classer, en psychiatrie, les malades d'après le contenu de leur délire.

Les deux observations de l'auteur, ainsi opposées l'une à l'autre, revêtent un intérêt surajouté du fait que les deux malades se rencontrant à l'asile, délirèrent en collaboration étroite, l'un apportant des hallucinations pendant que l'autre les interprétait. Il semble que ce soit là le premier cas publié où un interpréteur alimente son délire avec les hallucinations d'un dément précoce.

Louis PARANT.

Délire hallucinatoire chronique par thrombose de l'artère carotide interne, par MM. G. PAISSEAU et Pierre OURY (*Paris Médical*, 24 juin 1922, p. 531).

Observation de troubles psychiques décrits par les auteurs comme ayant affecté les caractères d'un délire hallucinatoire chronique avec des hallucinations surtout auditives, des hallucinations visuelles « moins marquées », des troubles coenesthésiques et des idées de persécution passives sans réactions de défense, des symptômes de confusion mentale « à titre d'épisode terminal », chez un malade présentant des tumeurs cervicales épithéliomateuses ayant complètement oblitéré l'artère carotide interne gauche.

Ces troubles, qui débutèrent le 25 mars, se terminèrent par la mort du malade survenue le 17 juin par cachexie cancéreuse. La lecture de cette intéressante observation est loin de permettre de conclure sans réserves à une psychose hallucinatoire chronique. D'un tableau symptomatique qui

manque peut-être un peu de précision, se détachent des idées délirantes en rapport avec des troubles hallucinatoires nocturnes probablement oniriques, des interprétations fausses et peut-être aussi un processus imaginatif. Ces idées semblent accompagnées d'un état de dépression psychique et de confusion mentale.

Le malade présentait par ailleurs le signe d'Argyll-Robertson, de l'hypertrophie du cœur, un épanchement pleural double peu abondant, des cavernes tuberculeuses du sommet droit, un nodule néoplasique dans un rein et un état de cachexie terminale.

Malgré cette association de causes toxi-infectieuses, les auteurs estiment légitime chez ce malade de rapporter les troubles mentaux, qu'ils qualifient de délire hallucinatoire chronique, aux modifications de la circulation encéphalique provoquées par l'oblitération d'une seule carotide interne.

René CHARPENTIER.

Nerfs sains et nerfs malades. Hygiène du système nerveux, par le D^r CHATELAIN, de Préfargier, prof. d'hygiène à l'Université de Neuchâtel (1 vol. in , 110 p., in *petite bibliothèque de médecine et d'hygiène*, Payot et Cie, édit., Lausanne et Paris).

Après une introduction consacrée aux deux importantes causes de dégénérescence de la race humaine que sont l'hérédité et le surmenage de la vie moderne, M. Chatelain consacre quelques pages au cerveau sain, à l'homme normal. Pour lui, l'homme normal est celui qui, bien équilibré dans toutes ses facultés, nullement indifférent, mais vibrant au contraire, possède une entière maîtrise de soi, sachant en toute occasion commander à ses nerfs. Au contraire, faiblesse physique et mentale, émotivité malade et imagination dégénérée, tels sont selon M. Chatelain les principaux stigmates de la neurasthénie.

M. Chatelain examine ensuite l'influence de l'hérédité et, en particulier, de l'hérédité alcoolique, les précautions — si peu souvent prises — qu'exige le mariage, les règles à suivre en matière d'éducation, — si rares sont les parents capables d'être des éducateurs —, de pratique des sports, de choix des professions, de régime alimentaire, de travail, de repos, de sommeil.

Ce petit livre, d'une lecture facile, renferme d'excellents conseils qui méritent d'être plus répandus dans le public.

René CHARPENTIER.

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 19 Juin 1922

Président : M. le D^r ARNAUD

Accidents subaigus du caféisme. — MM. G. Henyer et Borel présentent les observations de deux malades qui ont été atteints d'un syndrome d'anxiété avec état confusionnel secondaire au cours d'une intoxication subaiguë par le café. Dans les deux cas, les auteurs ont pu éliminer l'hypothèse d'une intoxication concomitante par l'alcool. Ils insistent sur le fait que l'anxiété a été primitive et a précédé la confusion ; celle-ci n'est survenue qu'à titre de complication due aux troubles digestifs consécutifs. Les recherches expérimentales de H. Meier ont montré que l'intoxication par les cafés caféinés, reproduisent les phénomènes vaso-moteurs et spasmodiques de l'angoisse. Ces faits d'intoxication subaigus par le café sont peu nombreux dans la littérature médicale, mais assez fréquents dans la réalité, notamment parmi la population féminine parisienne.

Un couple de syphilis neurotrope. — Le D^r Marie apporte les pièces nécropsiques d'un P. G. présenté à la Société, il y a 2 ans 1/2. Ce malade sorti, est revenu mourir à Villejuif avec des signes cliniques atypiques, mais avec des biodiagnostic de P. G. confirmés macroscopiquement et histologiquement ensuite.

La femme du malade a présenté une syphilis neurotrope parallèle à forme tabétique. Syphilisée peu d'années après son mari qui eut un chancre des lèvres, elle a été internée en 1920 ; puis elle eut une rémission en même temps que son malade.

Rechute des deux et réinternements simultanés. Tabès optique de la femme avant le 2^e internement (affaiblissement intellectuel actuel et gâtisme).

Délire hallucinatoire. Pseudo-hallucinations. Hallucinations unilatérales de l'ouïe. Hallucinations lilliputiennes psychiques épisodiques. — M. Cénac (Service du D^r Tré-

nel), présente une malade atteinte de délire hallucinatoire.

Le point de vue sur lequel l'attention doit être attirée, est l'existence de pseudo-hallucinations, au sens de Michéa et de Kandinsky, pseudo-hallucinations aperceptives ainsi que les a dénommées G. Petit, représentatives à caractère obsédant (vision d'une hache, impression d'odeurs, hallucinations verbales, etc...), que la malade reconnaît comme purement imaginatives et que cependant elle objective. A signaler l'importance médico-légale que peuvent présenter les pseudo-hallucinations, au même titre que les hallucinations vraies.

M. Leroy présente un cas médico-légal.

Il s'agit d'une femme de 44 ans, débile, internée depuis 12 ans, pour un délire systématisé de persécution et de grandeur. Arrêtée pour un délire interprétatif, amoureux, homosexuel, elle reste calme pendant un an, puis elle fait un délire imaginatif et onirique embrassant rétrospectivement sa vie entière. Elle édifie un roman très curieux, véritablement extraordinaire, roman déjà diffus et incohérent qui se transforme rapidement en un délire fantastique. Ce délire d'une extrême richesse, accompagné d'une grande surexcitation psychique n'a jamais rétrocedé. Peu à peu les idées délirantes progressent en extravagance et en absurdité ; la personnalité se dissocie, l'incohérence se montre complète, tandis que l'activité mentale, la mémoire, l'orientation restent entières.

Psammome méningé, par L. MARCHAND. — La tumeur est constituée par des cellules plates allongées, se disposant par places en petits bulbes pleins dans lesquels se forment les grains calcaires. L'infiltration calcaire commence soit par les cellules centrales, soit par les cellules périphériques. Dans ce dernier cas, il se forme à la périphérie du globe une couche calcaire emprisonnant une ou deux cellules conservant leurs noyaux bien apparents. Il s'agit là d'un processus complètement différent de celui qu'on observe dans le sarcome angiolithique.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

III^e RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE

ANNUELLE (Paris, 2-3 Juin 1922)

Les syndromes dit hypophysaires

1^{er} RAPPORT. — *Anatomie et physiologie pathologique*, MM. J. CAMUS et G. ROUSSY, rapporteurs.

Après un très bref historique, les auteurs montrent combien l'étude des syndromes hypophysaires est rendue délicate par le contact de la glande et du plancher du 3^e ventricule. Ayant pratiqué l'ablation de l'hypophyse, soit par la voie buccale, soit par la voie temporale, il est établi que cette glande n'est pas indispensable à la vie et que la mort après hypophysectomie survient du fait de méningite ou d'hémorragie méningée. La polyurie constatée est due à une lésion superficielle de la base du cerveau, dans la région opto-pédonculaire. Le *diabète insipide* permanent et la *glycosurie* dépendent d'une lésion de la base du cerveau et non de l'hypophyse. L'hypophysectomie n'a pas modifié la *tolérance aux hydrates de carbone*. Il semble que l'atrophie des organes génitaux chez les chiens, les modifications de l'instinct sexuel, le *syndrome adiposo-génital* soient imputables aux lésions expérimentales de la base du cerveau. Ces lésions, non plus que celles de l'hypophyse, n'ont pas modifié le *développement du squelette*. L'action invoquée de l'opothérapie hypophysaire sur la *polyurie* en clinique humaine ne permet pas d'affirmer l'origine hypophysaire de ce trouble. La ponction lombaire, quelques substances médicamenteuses ont permis d'obtenir les mêmes résultats. Ce qui prouve, au total, que les *syndromes tubériens* détroneraient la plupart des *syndromes dits hypophysaires*.

L'étude anatomo-pathologique, calquée en quelque sorte, sur les faits anatomo-cliniques, établit qu'une lésion superficielle du *tuber cinereum* conditionne la polyurie. Les lésions récemment constatées de l'*infundibulum* ont précisé la localisation de ce syndrome, ainsi que du syndrome adiposo-génital, auxquels doit revenir le nom de *syndromes infundibulo-tubériens*.

Les communications de MM. Beco, Garnier et Schulmann, Demole, Léopold Lévi, Bremer, Percival-Bailley et surtout celle de Lhermitte, qui montra, dans un cas de polyurie

brighrique, l'influence antipolyurique de la retropituitrine jusqu'alors réputée spécifique des syndromes hypophysaires, vinrent préciser et mettre en lumière les hautes qualités anatomo-cliniques du rapport de MM. Camus et Roussy.

2° RAPPORT. — *Etude clinique et thérapeutique.* — M. J. FROMENT (de Lyon) passe en revue les caractères séméiologiques liés aux altérations de l'hypophyse, après avoir recommandé un examen minutieux des radiographies de la *selle turcique* et montré quelques réserves sur la valeur de *tests biologiques*. Pour cet auteur, l'*acromégalie* bien diagnostiquée, c'est-à-dire dégagée des *acromégalies partielles, unilatérale, congénitale*, ou de la *prime enfance* paraît bien liée à une tumeur de l'hypophyse. Il faut séparer de l'*acromégalie*, le *gigantisme* qui n'est pas toujours d'origine hypophysaire, surtout en ce qui concerne le *gigantisme infantile*. Les observations d'*infantilisme type Souques* laissent encore à l'étude le problème de l'origine hypophysaire. Même incertitude au sujet du syndrome *adiposo-génital* et de l'*obésité dite hypophysaire*.

Pour M. Froment, la pathogénie tubérale de la glycosurie ne semble pas mieux établie que la pathogénie hypophysaire, puisque les tumeurs juxta-hypophysaires, extra-sellaires, plus que tout autres susceptibles de comprimer les centres de la base, ne paraissent pas susceptibles de se compliquer de glycosurie. M. J. Froment ne va pas aussi loin que MM. Camus et Roussy quand il s'agit de refuser aux altérations de l'hypophyse toute action sur la polyurie, pour la reporter sur les lésions du plancher du 3° ventricule.

M. Velter, étudiant les *troubles visuels*, insiste sur les altérations du *champ visuel*, l'*hémianopsie bitemporale*. L'anisocorie, la stase pupillaire sont variables. Le *syndrome chiasmatique* reste la clef du diagnostic.

Des communications sont faites par MM. Catola, Belarmino-Rodriguez, Etienne, Boscho, Kund-Krabbe, Christiansen, Meige et surtout par MM. G. Roussy, Camus, Souques et Lereboullet. G. Roussy, principalement, reprend : 1° les lésions du lobe glandulaire dans leurs rapports avec les syndromes hypophyso-glandulaires : seules les tumeurs les conditionnent et parmi celles-ci les adénomes, les adéno-épithéliomes et les épithéliomas. L'*acromégalie* serait toujours causée par une tumeur de l'hypophysaire, à moins que la tumeur ne soit pas d'étendue suffisante pour créer le syndrome.

2° Les lésions de l'infundibulum et du tuber, lesquelles conditionneraient les syndromes hypophysaires en dehors de l'*acromégalie* et du *gigantisme*.

(A suivre).

LE CONGRÈS D'HYGIÈNE MENTALE DE PARIS

(1^{er}-4 juin 1922)

Le Congrès d'Hygiène Mentale de Paris s'est ouvert le 1^{er} juin 1922 à la Faculté de Médecine, sous la présidence de M. Paul Strauss, Ministre de l'Hygiène.

Au cours de la séance d'ouverture, le D^r Toulouse prononça un discours dans lequel il dit la nécessité d'une organisation propre de l'hygiène mentale dont le but est de soustraire les prédisposés aux causes occasionnelles de défaillance psychique. M. le Ministre de l'Hygiène assura les congressistes de l'intérêt porté par le gouvernement à une œuvre si importante pour l'avenir de la nation. La bienvenue fut alors souhaitée aux délégués étrangers qui parlèrent tour à tour au nom de leur pays. Puis, les membres du Congrès furent conduits à la Maison de Santé de Charenton qu'ils visitèrent et dont le D^r Mignot, dans une allocution, leur résuma l'histoire.

A 14 heures, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, sous la présidence du P^r Claude, le Congrès reprit ses travaux. Le D^r Anthaume traita des principes généraux qui doivent régir l'assistance des psychopathes. MM. M. Briand, Rayneau, Legrain, Roubinovitch apportèrent leurs observations sur le même sujet. MM. Toulouse, Genil-Perrin et Targowla exposèrent le fonctionnement du service libre de prophylaxie mentale de l'asile clinique.

Les congressistes se rendirent à 17 heures à l'hôtel de ville où une réception leur était préparée et où M. Marin, président du Conseil général, et M. Aubanel, au nom du préfet de la Seine, prirent successivement la parole.

La séance du vendredi matin fut présidée par M. le P^r Claparède. M. Lahy parla de l'aptitude professionnelle et de sa détermination psychophysiologique. Le D^r Genil-Perrin montra le rôle de la psychiatrie dans l'hygiène industrielle et en matière de prophylaxie mentale professionnelle. Le D^r Gandois présenta un projet de fiche scolaire pour l'orientation professionnelle. Enfin M. Lahy fit projeter un film d'orientation professionnelle.

La séance de l'après-midi fut présidée par le D^r Legendre. On entendit un rapport du D^r A. Marie sur l'assistance des psychopathes convalescents par le patronage à domicile et la colonisation familiale. Diverses communications furent faites ensuite. Ce furent celles de Mme Helen Boyle de Hoven, du D^r Wenger de Luxembourg, du D^r Meijers d'Amsterdam, de M. Stœfs, directeur au Ministère de la Justice

de Belgique, du D^r Gommès, du D^r Ichok, de Mme Moll-Weiss, et enfin du D^r Bridou.

La dernière séance du Congrès eut lieu le samedi après-midi sous la présidence du P^r Ley de Bruxelles. Le P^r Claparède, de Genève, parla de l'hygiène mentale de l'enfant. Il montra que le ressort de l'éducation devait être non la crainte, mais l'intérêt et traita successivement de la formation des maîtres, de l'étude des aptitudes individuelles et de la sélection des bien doués. Puis on entendit des communications nombreuses et assez diverses faites par MM. Roubinovitch et Debray, Mlle Abramson, le D^r Sanchis Banus, le D^r Alzina Melis, le D^r Cordoba, le D^r Gelabert, le D^r Wigert, le D^r Jacob Billström, le P^r Miyajima, M. Sicard de Plauzoles, le D^r Bérillon, le D^r Fay, M. Danjou.

A 17 heures, les congressistes se trouvèrent une dernière fois réunis pour un thé dans les salons de l'hôtel Lutetia.

LES PRINCIPES GÉNÉRAUX QUI DOIVENT RÉGIR L'ASSISTANCE DES PSYCHOPATHES

Par A. ANTHEAUME

M. Antheaume définit d'abord le psychopathe et l'aliéné. Le psychopathe est le sujet qui souffre dans son psychisme, qui est atteint d'une affection mentale. L'aliéné est un malade à l'égard duquel ont été ou doivent être prises des mesures destinées à protéger l'ordre public et la sécurité des personnes ou à qui il y a lieu d'imposer, dans son intérêt, un isolement contre lequel il proteste.

La loi de 1838 admet le traitement des malades mentaux, en cure libre. En effet, elle permet la sortie de l'asile, avant la guérison d'un sujet dont le trouble d'esprit a été reconnu par les certificats des médecins et par les rapports des magistrats visiteurs. Ce malade ne peut alors être soigné qu'à son domicile ou en service ouvert. Tout établissement médical, public ou privé, a donc le droit de recevoir les psychopathes non aliénés.

Parmi les psychopathes non aliénés, il en est pour qui une décision administrative spéciale ou une décision judiciaire est prise dans le but de protéger leurs intérêts matériels. Ils deviennent ainsi des sujets dits aliénés, sans que les mesures prises à leur égard puissent légitimer leur internement. Comme Régis l'a déjà dit, il existe un mouvement général qui porte à réserver désormais l'asile avec internement légal aux seuls aliénés chroniques protestataires ou dangereux et à créer pour les malades atteints

d'affections mentales aiguës, légères ou symptomatiques, d'autres organismes se rapprochant de plus en plus de l'hôpital ordinaire. Pendant la guerre, on a traité sans internement dans les centres neuro-psychiatriques de nombreux malades mentaux dont beaucoup revinrent à la santé intellectuelle.

Il y a d'autant plus de chances d'obtenir la guérison de troubles psychiques que le traitement a été plus tôt institué. Le traitement précoce est possible pour les malades aisés dans les maisons de santé. Il ne l'est pas pour les sujets sans ressources, dont l'état s'aggrave au milieu des difficultés de la vie. M. Antheaume pense que l'absence d'organisation de la prophylaxie mentale sous forme d'assistance précoce est responsable de l'évolution vers la chronicité d'un grand nombre de psychoses, et par suite de l'augmentation des budgets des services d'aliénés.

Il y a lieu de rendre obligatoire pour les pouvoirs publics l'assistance financière des psychopathes indigents ou de ressources modestes, en cas de traitement en cure libre, comme en cas de placement volontaire.

Il faut appliquer aux psychopathes non aliénés la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, au bénéfice de laquelle ils ont droit. L'hospitalisation de ces malades doit se faire à l'asile et non à l'hôpital. C'est à l'asile seulement qu'on rencontre les garanties nécessaires au point de vue de la compétence à la fois scientifique, médico-légale et administrative des médecins, comme au point de vue de la spécialisation du personnel, compétence et spécialisation qui ne peuvent s'acquérir que dans la longue pratique des services d'internement. Le préjugé du public relatif à la tare de l'internement disparaîtra peu à peu lorsqu'on aura supprimé le mot asile et organisé des *hôpitaux psychiatriques* comprenant d'une part des services d'internement et d'autre part des services libres. L'installation de tels établissements est compatible avec le texte même de la loi de 1838. Il y a d'ailleurs des précédents comme l'Institut psychothérapique du Loiret, qui a été organisé par M. le Dr Rayneau et dont les services ouverts, après vote du Conseil général, fonctionnent avec bénéfice de la loi du 15 juillet 1913 sur l'assistance médicale gratuite.

Le respect de la liberté individuelle et la protection des biens des psychopathes doivent être envisagés différemment suivant qu'il s'agit d'aliénés ou de psychopathes en cure libre. Pour les sujets internés, la loi de 1838 offre des garanties sérieuses et suffisantes. Pour les psychopathes non internés, le respect de la liberté est assuré en fait puisqu'il

s'agit d'une cure libre. Quant à la question de la protection des biens, M. Antheaume estime qu'elle ne se pose pas puisqu'il s'agit de malades sans ressources et « puisqu'il s'agit toujours de cure de courte durée pouvant aller de quelques jours à quelques mois, et puisque le médecin-chef du service est toujours un médecin sélectionné offrant de sérieuses garanties d'indépendance et de compétence » (1).

Pour le mode d'assistance psychiatrique de l'avenir, le rapporteur se rallie aux directives énoncées par M. Legrain : 1° Centraliser dans l'hôpital psychiatrique en dehors de l'asile clos l'assistance des psychopathes non internables ; — 2° N'interner les autres qu'*in extremis* après épuisement des moyens de cure en liberté ; — 3° Faire cesser l'internement dès qu'il ne s'impose plus comme une nécessité. La future loi sur les aliénés devrait par suite permettre la transformation du placement d'office en placement volontaire à la diligence du médecin traitant.

J. LE MAUX.

(1) La thèse de M. Antheaume sur la protection des biens nous paraît motiver de sérieuses réserves.

H. C.

VARIÉTÉS

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1923

(Les concours seront clos fin février 1923)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — *Anonymat obligatoire. — Partage interdit.* — 1.000 francs. — Question : *Etat actuel de nos connaissances sur les localisations cérébrales d'après les enseignements de la guerre.*

PRIX BARBIER. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 2.500 francs.

PRIX CIVRIEUX. — *Anonymat obligatoire. — Partage interdit.* — 1.000 francs. — Question : *Traitement de l'épilepsie par la médication borée.*

PRIX THÉODORÉ HERPIN (de Genève). — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 3.000 francs.

PRIX HENRI HUCHARD, de l'Académie de médecine (Prix du Dévouement médical en souvenir de sa fille Marcelle Huchard. — *Anonymat interdit. — Partage autorisé.* — 8.000 francs.

PRIX DU BARON LARREY. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 500 francs.

PRIX LEFÈVRE. — *Anonymat obligatoire. — Partage interdit.* — 3.000 francs. — Question : *De la mélancolie.*

PRIX HENRI LORQUET. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 300 francs.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 1.500 francs.

PRIX PORTAL. — *Anonymat obligatoire. — Partage interdit.* — 1.000 francs. — Question : *Anatomie pathologique de l'encéphalite-léthargique.*

PRIX POURAT. — *Anonymat obligatoire. — Partage interdit.* — 1.200 francs. — Question : *Des rapports entre la constitution du liquide céphalo-rachidien et celle du plasma sanguin.*

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1924

(Les concours seront clos fin février 1924)

PRIX APOSTOLI. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 800 francs.

PRIX BAILLARGER. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 2.500 francs.

PRIX BARBIER. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 2.500 francs.

PRIX CHARLES BOULLARD. — *Anonymat facultatif — Partage interdit.* — 2.000 francs.

PRIX CIVRIEUX. — *Anonymat obligatoire. — Partage interdit.* — 1.000 francs. — Question : *Symptômes et formes cliniques des syndromes opto-striés.*

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 3.000 francs.

PRIX HENRI LORQUET. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 300 francs.

PRIX MAGNAN. — *Anonymat obligatoire. — Partage interdit.* — 3.500 francs. — Question : *Etude clinique et médico-légale des délinquants anormaux (non aliénés).*

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 1.500 francs.

PRIX SABATIER. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 600 francs.

PRIX SAINTOUR. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 5.000 francs.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

Ecoles d'Infirmiers et brevets de capacité professionnelle

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 27 juin 1922.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Le conseil supérieur de l'assistance publique, dans sa session de janvier 1921, a adopté des conclusions tendant à classer administrativement la profession d'infirmière en France, par le moyen :

- 1° De la création d'un conseil de perfectionnement ;
- 2° De l'institution d'un examen officiel.

Ces conclusions sont le résultat de longues études de personnes compétentes. C'est dès 1899 que les philanthropes les plus expérimentés en matière d'assistance hospitalière ont commencé à se préoccuper de la question. La guerre de 1914-1918 a démontré combien elle est d'importance vitale pour le pays. Les infirmières improvisées ont rendu d'inoubliables services en ces années tragiques, mais des mesures doivent être prises pour préparer et garantir l'avenir.

Au surplus, les applications modernes de l'hygiène sociale — protection du premier âge, prophylaxie antituberculeuse et antivénérienne, notamment — sont venues apporter aux infirmières actuelles un champ d'activité élargi. Médecins et hygiénistes sont d'accord pour souhaiter qu'une formation professionnelle leur soit imposée, compre-

nant d'une part des notions générales communes, d'autre part des spécialisations d'ordre technique, selon chacune des catégories à pourvoir, sans compter l'aptitude morale dont toutes devront faire preuve.

C'est pour répondre à des besoins nouveaux que j'ai l'honneur de soumettre à votre approbation le projet de décret dont le conseil supérieur de l'assistance publique a préparé les données essentielles. Ses dispositions s'inspirent des réalisations obtenues jusqu'ici partiellement, mais avec un plein succès, par plusieurs organisations, soit publiques, soit privées, et tout en respectant les situations acquises, elles offrent aux écoles professionnelles appelées à bénéficier du nouveau statut des avantages réels. Les malades et le public y trouveront des garanties sérieuses qui rehausseront dans l'opinion une profession dont l'Etat n'a pas le droit de se désintéresser, car son exercice intéresse au plus haut degré l'assistance, la prophylaxie, l'hygiène sociales tout entière.

Veuillez agréer, M. le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

*Le ministre de l'hygiène,
de l'assistance et de la prévoyance sociales,*
Paul STRAUSS.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Décrète :

Art. 1^{er}. — Il est institué des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français, qui seront délivrés par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales aux infirmières hospitalières, aux visiteuses d'hygiène sociale et aux diverses infirmières à spécialité restreinte, puériculture, surveillance sanitaire des écoles, hygiène mentale, etc., ayant satisfait aux deux conditions suivantes :

1^{re} Justification d'un stage reconnu suffisant dans une ou plusieurs écoles d'infirmières professionnelles, soit générales, soit spécialisées, ayant au moins deux ans de fonctionnement et dont le règlement aura été approuvé par arrêté du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, après avis du conseil de perfectionnement ci-après créé. Ces écoles devront justifier qu'elles dépendent d'un établissement public possédant les services hospitaliers nécessaires, soit pour l'enseignement général de la profession, soit pour une ou plusieurs spécialités, ou bien qu'elles sont en liaison avec un ou plusieurs établissements, également pourvus des services nécessaires, ou enfin que leur propre organisation offre des moyens d'études pratiques complètement satisfaisants.

Les écoles privées ont chacune à leur tête un comité d'administration ou une commission de surveillance dont son règlement indiquera la formation.

Ce règlement précisera notamment les conditions de recrutement des élèves, le choix des professeurs ou chargés de cours, la nature et la durée de la scolarité, la discipline intérieure et l'organisation du placement après la sortie de l'école.

Les écoles spécialisées devront avoir un règlement particulier pour chaque spécialité ;

2^e Examen subi avec succès, devant un jury constitué à cet effet par arrêté ministériel, suivant un programme préalablement rédigé par le ministre, après avis de la section compétente du conseil de perfectionnement ci-après institué.

Le programme devra être uniforme pour tous les examens du même ordre. Les examens n'auront lieu que dans les villes sièges d'une faculté de médecine ou d'une université pourvue d'une école de p'cin exercice.

Chaque jury comprendra un délégué choisi par le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, après avis du préfet du département. Sa composition sera déterminée après avis de la section compétente du conseil de perfectionnement ; elle devra comprendre au moins pour moitié un ou plusieurs médecins, chirurgiens ou pharmaciens représentants du corps professoral universitaire, un ou plusieurs représentants du corps médical local, une ou plusieurs représentantes des écoles d'infirmières et une infirmière ou un infirmier en exercice.

Art. 2. — Pour chacune des branches de la profession indiquée à l'article 1^{er}, le brevet d'infirmière professionnelle française donnera droit au port d'un insigne particulier dont la description sera donnée dans un arrêté ministériel.

Les administrations hospitalières et les organisations de services externes de consultations prophylactiques seront invitées à choisir de préférence, autant que leurs règlements le leur permettront, un personnel muni d'un de ces brevets et de lui assurer, dans la mesure du possible, une situation matérielle et morale en rapport avec la sélection dont il aura été l'objet.

La même recommandation sera adressée aux établissements privés subventionnés par les communes, les départements ou l'Etat.

Art. 3. — Un conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières composé de vingt-cinq membres sera chargé de veiller aux modifications et améliorations nécessaires à apporter au programme et aux diverses parties de l'enseignement (technique et moral). Il sera divisé en deux sections ayant mission de donner leur avis sur l'organisation et le fonctionnement des écoles ressortissant de leur compétence respective déterminée par arrêté du ministre et dont les règlements seront soumis à l'approbation ministérielle. Les sections donneront également leur avis sur la durée minima du stage à exiger des candidates au brevet dans chaque catégorie professionnelle, cette durée ne pouvant être inférieure à deux années pour le brevet professionnel général.

Ce conseil pourra être chargé de répartir des bourses d'études provenant de fondations ou de ressources fournies par les fonds publics et de distribuer des récompenses.

Chaque section se compose de douze membres dont dix choisis par le ministre, un désigné par le conseil supérieur de l'assistance publique et un désigné par le conseil supérieur d'hygiène publique de France. La première section comprend, en outre, un nombre désigné par le ministre de la guerre comme représentant du service de santé militaire. Les pouvoirs de tous les membres ont une durée de trois

ans et sont renouvelables. Les mandats sont gratuits ; à l'expiration du premier mandat, cinq des membres de chaque section choisis par le ministre seront élus par l'ensemble des écoles ressortissant à leur section respective et reconnues dans les conditions de l'article suivant.

Le ministre nomme le président, les présidents de sections et le ou les secrétaires ; ces derniers peuvent être pris en dehors des vingt-cinq membres ; dans ce cas, ils n'ont que voix consultative.

Art. 4. — L'approbation donnée au règlement d'une école d'infirmières, sur avis conforme de la section compétente du conseil de perfectionnement, vaudra reconnaissance administrative de cette école. Cette approbation pourra être retirée sur avis conforme de la même section en cas de modification réglementaire non autorisée ou de fonctionnement défectueux dûment constaté ; elle cessera de plein droit pour les écoles privées en cas de condamnation des personnes chargées de leur direction pour un des faits visés à l'article 15 du décret organique du 2 février 1852. (Incapacités électorales).

Art. 5. — A titre transitoire, et sur avis conforme du conseil de perfectionnement :

1° Le brevet d'infirmière professionnelle pourra être délivré en dehors des conditions spécifiées à l'article 1^{er}, aux titulaires d'un des diplômes d'infirmière ou des certificats de capacité obtenus dans des écoles publiques ou privées, fondées antérieurement à la date du présent décret, et reconnues par application de l'article 4 ci-dessus.

Cette dérogation profitera indéfiniment à ses bénéficiaires, mais elle ne sera plus accordée passé le délai de deux ans, à partir de la date du présent décret ;

2° Pour la première fois, les désignations des conseils supérieurs de l'assistance publique et d'hygiène publique de France pour former le conseil de perfectionnement, pourront être faites par leurs sections permanentes.

Art. 6. — Le brevet de capacité professionnelle pourra également être obtenu par des infirmiers. Là où il se présentera un assez grand nombre de candidatures masculines, une section d'examen pourra leur être particulièrement réservée.

Fait à Paris, le 27 juin 1922.

A. MILLERAND.

Par le Président de la République :

*Le ministre de l'hygiène,
de l'assistance et de la prévoyance sociales,*
Paul STRAUSS.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

Distribution des fonds provenant du pari mutuel

Le ministre de l'Hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales à MM. les préfets.

Ma circulaire du 18 mai 1922 vous a demandé de réunir des renseignements particuliers concernant la mise au point méthodique de l'outillage hospitalier en vue de me fournir des indications spéciales

pour la distribution des subventions sur les fonds du pari mutuel dont l'affectation exclusive est de favoriser les constructions et améliorations d'établissements, reconnues nécessaires.

Je vous prie, aujourd'hui, de vouloir bien compléter ces informations en m'adressant un relevé de l'ensemble des institutions et œuvres d'assistance publique, de bienfaisance privée ou d'hygiène sociale que possède votre département ou qu'il est sur le point de posséder.

Cette documentation générale qui après avoir été établie et contrôlée pourra être facilement tenue à jour, servira à votre administration comme à la mienne pour éclairer ses décisions ou pour motiver ses propositions dans maintes questions d'espèce ; c'est pourquoi je n'hésite pas à vous réclamer ce travail considérable et délicat, persuadé qu'il en résultera une économie de temps et d'argent, et espérant y trouver les indications, qu'à défaut d'outil administratif de ce genre, mes prédécesseurs ont souvent été forcés de recueillir hâtivement pour satisfaire aux besoins parlementaires.

Il s'agit, en définitive, d'instituer, une fois pour toutes, l'enquête jusqu'ici poursuivie successivement et fractionnairement qui doit aboutir à des monographies départementales d'assistance et d'aide sociale. Aussi en trouverez-vous aisément les premiers éléments en vous reportant à des rapports antérieurs adressés à l'administration centrale et en consultant des publications spéciales parmi lesquelles je citerai les fascicules départementaux de la France charitable, publications de l'office central des œuvres de bienfaisance de Paris. S'il existe un tel office dans votre département, vous lui demanderez ce qu'il a fait imprimer dans cet ordre d'idées, et à défaut, vous consulterez les annuaires locaux. Une source autorisée à laquelle il vous sera facile de puiser, est la liste des associations déclarées. Vous pourrez aussi vous adresser aux établissements eux-mêmes pour obtenir des chiffres exprimant l'importance de leur activité bienfaisante.

Mais ce qui fera la valeur dudit travail, ce seront les vérifications auxquelles il aura été soumis dans vos bureaux et aux secrétariats des mairies des grandes villes.

Il est indispensable que vous opériez, en la circonstance, avec la collaboration de la commission départementale d'assistance. Non seulement cette réunion de personnes choisies pour représenter la bienfaisance sous ses différentes formes vous apportera de précieux avis, mais en profitant de leur concours, vous leur permettrez de profiter, de leur côté, de cette occasion de s'instruire, de façon à éclairer leurs futures délibérations.

L'intérêt de cette présentation de l'effort charitable et social sera augmenté si elle est faite dans un cadre uniforme pour toute la France, facilitant la comparaison des départements entre eux. Je vous prie, en conséquence, d'adopter la classification suivante, empruntée dans ses grandes lignes, au sectionnement du conseil supérieur de l'assistance publique.

1° *Enfance* (assistance et protection).

Primes à la natalité, encouragements aux familles nombreuses ;

Assistance maternelle prénatale (consultations de femmes enceintes, refuges et asiles-ouvriers, secours de grossesse) ;

Maternités, services et œuvres d'accouchement à domicile, sociétés de charité maternelle, mutualités maternelles, primes d'allaitement, repos des accouchées ;

Consultations de nourrissons, gouttes de lait, crèches, pouponnières, garderies, cantines maternelles, œuvres de layettes, écoles de puériculture, commission de protection des enfants du premier âge ;

Secours préventif d'abandon, hospices dépositaires départementaux, orphelinats, placements d'enfants assistés, écoles professionnelles spéciales, maisons de préservation, services d'anormaux, écoles d'arriérés, de sourds-muets et d'aveugles ;

Colonies de vacances, hôpitaux marins, préventoriuns, hôpitaux d'enfants, écoles de plein air.

2° Indigents ou nécessiteux valides ou malades ; hôpitaux

Hôpitaux publics et privés, dispensaires généraux et spéciaux (tuberculose, maladies vénériennes, affections mentales), infirmières-visiteuse, infirmières scolaires, infirmières spéciales, service social des hôpitaux, service de visites à domicile, relation des services d'assistance médicale gratuite avec les sociétés de secours mutuels, etc. Maison de santé pour malades peu aisés ; chambres payantes dans les hôpitaux, hôpitaux particuliers pour tuberculose, grande chirurgie spéciale (par exemple, pour les affections oculaires) ; consultations diverses, laboratoires, hôpitaux thermaux, sanatorium, maisons de convalescence, services de mécano-thérapie, de radiographie, etc. ;

Particularités du service de la médecine gratuite à domicile. Organisations départementales ou organisations spéciales ;

Bureaux de bienfaisance, secours en nature (œuvres de vestiaires, de bouchées de pain, soupes populaires, œuvres en faveur des veuves), assistance aux pauvres honteux.

Institutions préventives et de propagande, services ambulatoires de traitement ou de dépistage. Bureaux municipaux d'hygiène, services départementaux d'hygiène sociale, lutte contre le taudis.

3° Indigents âgés ou incurables ; hospices

Hospices publics, asiles privés, maisons de retraite, assistance aux vieux époux (petits ménages) ;

Etablissements payants pour bourses modestes ;

Placements familiaux, fondations particulières ;

Etablissements d'incurables (publics ou privés).

Secours à domicile des vieillards.

4° Aliénés, monts de piété ; dépôts de mendicité et autres établissements ou services d'assistance

Asiles ou quartiers d'hospice pour les aliénés, services ouverts de psychothérapie, asiles privés faisant ou non fonction d'asiles publics, placements familiaux de déments séniles, patronage des aliénés guéris ;

Monts de piété, établissements de crédit municipal et autres œuvres de prêt, caisses des loyers ;

Dépôts de mendicité, assistance par le travail ;

Atelier de rééducation et de travail pour les aveugles. Patronages de sourds-muets et d'aveugles adultes ;

Œuvres d'assistance par le placement ;

Asiles de nuit, asiles temporaires, maisons de familles, restaurants féminins ;

Œuvres d'éducation ménagère, maisons de relèvement ;

Foyers civils, jardins ouvriers, habitations économiques.

Unions d'œuvres, offices centraux de bienfaisance ; fichiers centraux d'assistance.

(Œuvres et fondations en faveur des étrangers.

Ces énumérations ne sont qu'indicatives. Vous voudrez bien mentionner toute œuvre ou institution se rapportant à l'objet susvisé.

Pour ce qui est des détails sur l'organisation et le fonctionnement de ces diverses institutions, il conviendra de s'en tenir à des données sommaires, mais il importe de définir le caractère juridique de chaque établissement (départemental, communal, reconnu d'utilité publique, dépendant d'une association, d'une congrégation autorisée, etc.), son but précis et son champ d'action. Il n'est pas nécessaire de citer tous les administrateurs, mais, pour bien des œuvres, l'indication ne sera complète que si elle comprend le nom du fondateur ou de la personne qui en est la cheville ouvrière.

Jc vous prie de prendre vos dispositions pour que votre réponse me parvienne, autant qu'il est possible, avant le 1^{er} septembre, sous le timbre ci-contre. Au cas où le travail ne serait pas encore terminé, vous voudrez bien me faire connaître exactement son état d'avancement à cette date.

Paris, le 9 juin 1922.

*Le ministre de l'hygiène,
de l'assistance et de la prévoyance sociales,*
Paul STRAUSS.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

*Le Congrès des Aliénistes et Neurologistes
de Quimper (1^{er} - 6 Août 1922)*

Le vingt-sixième Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française s'est tenu à Quimper sous la présidence du professeur J. Lépine, de Lyon, et la vice-présidence du Docteur Henri Colin, assistés du Docteur Lagriffe, secrétaire général de la session, et du Docteur René Charpentier, secrétaire général permanent du Congrès. De nombreuses autorités civiles, militaires et religieuses, parmi lesquelles M. Desmars, préfet du Finistère, M. Le Hars, sénateur, Mgr Duparc, évêque de Quimper et de Léon, honorèrent de leur présence la séance d'ouverture. Après les discours de bienvenue, dans l'un desquels, celui de notre brillant collègue Hesnard, avait été affirmée avec une éloquence démonstrative, la coexistence dans

la personnalité du psychiatre du tempérament artiste et de l'acuité critique, notre président prit la parole. Et l'on eut une nouvelle preuve de l'exactitude de cette affirmation. On le vit saisir la liste toute nue de ses prédécesseurs décédés, et à l'appel de chaque nom, on l'entendit graver d'un burin rapide, jamais hésitant, toujours précis, la médaille vivante du disparu.

Cette chronique des intermèdes des travaux doit commencer par des félicitations à notre confrère Lagriffe pour le choix du programme et par des remerciements au ciel pour son exécution. L'atmosphère douce et grise qui, presque constamment, embruma le pays, nous a laissé de lui une vision parfaitement en harmonie avec l'âme des habitants. Ce ne fut pas la Bretagne claire, étincelante, exceptionnelle de Simon, ce fut la Bretagne sombre, grave, discrète et quotidienne de Cottet. — Quant à l'accueil qu'on y reçut, il fut d'une cordialité toute française, et, comme il fallait s'y attendre à une telle proximité des Etats-Unis, d'une sobriété toute américaine.

DANS LA CITÉ DE CORNOUAILLES. — Cachant ses antiques remparts sous des pans de verdure ou derrière la facade de ses nouvelles bâtisses, étirant dans le ciel les flèches à peine sexagénaires et inégales de sa vieille cathédrale, alignant les ombrages d'un boulevard le long de son fleuve canalisé, lançant sur sur la rive gauche de celui-ci une multitude de passerelles aux constructions modernes de son blanc théâtre et de son imposante préfecture, Quimper s'efforce d'offrir à l'étranger un abord de capitale. Mais l'encombrement des chars dans ses rues sans largeur, le pavé pointu de sa place Terre-au-Duc, l'uniformité grise de ses maisons étroites, les traits et les points blancs du ciment qui, en recolant l'ar-

doise des toits, font de ceux-ci autant de pages de musique écrites à la craie par une main maladroite, le retroussis villageois de la jupe des femmes à la chevelure allègrement relevée sous un minuscule cône de dentelettes d'où pendent les brides ajourées, les rubans qui de la boucle d'argent du chapeau des hommes flottent sur les épaules, la simplicité des étalages, les charrois de paille et de bestiaux qui se croisent, les tessons de vaisselle qui jonchent le lit de l'Odéon, la rusticité des auberges, la fraîche odeur des collines aperçues à tous les carrefours, tous ces caractères de la vie campagnarde répandent sur la cité un charme agreste beaucoup plus captivant que l'urbaine parure de son nouveau quartier. A cela s'ajoute un parfum de piété paisible, nullement austère, qui prend naissance dans les niches de saints creusées au coin des maisons, dans les signes de croix faits devant elles par les passants, dans la bure blanche des religieuses du St-Esprit, se rendant de l'hôpital à l'église, dans les fréquents saluts que reçoivent les prêtres.

Toutes les émotions discrètes d'un tel séjour, les compagnes des congressistes purent les goûter avec tout le loisir que donne une présence ignorée, pendant les longues heures d'abandon où elles furent laissées, loin de leurs maris retenus aux séances de travail. Aussi étaient-elles devenues d'excellents guides à travers les ruelles qu'avait explorées leur aventureuse curiosité. Crêperies enfumées et torrides où devant une table sans linge, sur des bancs branlants, en compagnie de paysans silencieux, on déguste toutes chaudes du feu de bois où on les voit cuire, des galettes de sarrazin arrosées d'une bolée de cidre aigre ou d'une tasse de lait caillé ; mansardes lézardées dans la pénombre d'une cour où brode

une chlorotique dentellière ; boutiques d'antiquités d'une authenticité douteuse ; vitrines de joaillerie humble et de faïence honnête ; stations à la fête foraine du mail ombreux, où venaient flâner les Quimperoises élancées sous la petite flamme blanche de leur coiffe, les graves Bigoudennes tenant en équilibre sur leur chevelure le cylindre amidonné qui est à la mode aujourd'hui, les gracieuses Fouesnantaises dont les coques se relèvent en auréole, les hommes aux jambes démesurées par excessive brièveté de la veste, la tête couverte d'un large chapeau de velours, dont les lanières pendent sur le dos, ou d'un tricorne en feutre nu que retient sous l'occiput le mince élastique des toréadors ; collections ethnographiques du musée breton installé dans l'hôtel renaissance de l'ancien évêché ; belles galeries du musée municipal, où l'on s'arrêtait surtout dans la salle des peintres régionaux, devant la lande maudite de Yan Dargent ; cathédrale gothique de granit gris-vert, riche en peintures, en sculptures et en vitraux, lourde de mysticisme par le symbolisme non intentionnel de son abside inclinée sur le transept droit ; antique église de Locmaria aux murailles épaisses percées de fenêtres en entonnoirs, ornée à l'intérieur de l'immense sculpture sur bois d'un Christ crucifié vêtu d'une robe pourpre !

Le vendredi matin, la visite de l'asile, dont l'obsédante masse pèse sur la ville de toute la hauteur de sa montagne, fut expédiée entre deux épongements de sueur. Et le vendredi soir, une très intéressante exhibition de bardes, de danseurs et de musiciens, suivie d'un bal, balayait du théâtre, où avait siégé le Congrès, les derniers échos des débats scientifiques qui y retentirent.

A TRAVERS LES LANDES. — Le jeudi, par une journée immuablement nuageuse, le ronflement monotone des autos emporta notre caravane dans l'intérieur des terres, par delà les Montagnes Noires et les Monts d'Arrhée. Ce furent de vastes étendues sans habitation humaine, de longs bosquets de hêtres et de chênes à la ramure souvent cendrée par la maladie, d'épais feutrages de fougères vertes émaillées de bruyères mauves, d'épineuses broussailles d'ajoncs défleuris et sombres. — Parfois une mesure assez solide sur ses murailles sans ciment, mais délabrée par l'unique pente de son chaume gondolé, avec une seule ouverture à deux portes, celle du côté sans fenêtre pour le bétail, l'autre pour les gens. Attenant à ce pauvre logis, quelques arpents de blé noir avec le piqueté anémique de ses fleurs. — Puis, sur le terne horizon, l'élancée lointaine d'un clocher pointu, à la base largement ajourée d'arcades, ou l'immédiat jaillissement d'un crucifix de pierre à double étage. La croix où git le Christ s'élève au bout d'une colonne croisée elle-même à son extrémité par deux bras, supportant l'un la statue de la Vierge, l'autre celle de St-Jean. Et l'attitude suppliante de la Mère et de l'Apôtre ainsi suspendus dans les airs intensifie encore la mélancolie du paysage. — Plus loin, des hameaux gris et lourds avec sur le seuil la meule terreuse des ajoncs desséchés pour l'hiver, et pour toute enseigne, accrochée aux murs de l'auberge, la branche de gui ou la pomme de pin transmises par les ancêtres ignorant l'écriture. — Plus haut, dans la montagne, de vastes pâturages broutés par le gracieux troupeau des vaches blanches et noires du pays. Interrompant leur surveillance, les petits pâtres lançaient dans nos voitures d'une main maladroitte des touffes embaumées de bruyère en deman-

dant timidement deux sous. Peu de ruisseaux. Parfois un cirque de champs cultivés avec de nouveaux pommiers entourant un gros village dont les pesantes maisons, couvertes d'une ardoise uniforme, qu'aucune tuile n'avive de sa note éclatante, s'écartent sur la place devant la stupéfiante architecture de l'église, de l'ossuaire et du calvaire.

On se trouve en effet à une cinquantaine de lieues de tout centre intellectuel, au milieu d'une population si peu soucieuse de culture esthétique que l'on a peine à trouver la date précise de ces monuments, vieux à peine de deux ou trois siècles, et l'on voit se dresser toute une carrière taillée au ciseau, comme si au début du Moyen-Age, car la facture est souvent maladroite, quelque école d'artiste eût enseigné là. — Le calvaire, sur un piédestal haut de plusieurs mètres et percé d'arceaux sous lesquels passe le chemin, porte toute une troupe d'individus de tous âges et de tous costumes, à pied et à cheval, assistant à la mort du Christ entre les deux larrons. — Un peu plus loin, l'ossuaire rectangulaire, au faite à double pente. — L'église, d'un style sans pureté, mélange toutes les époques, mais surtout le gothique avec ses ogives et la renaissance avec ses balustrades, ses lanternes, ses clochetons. Les grands arceaux de bois qui soutiennent sa voûte à l'intérieur donnent au plafond l'apparence d'une barque renversée. Et l'on apprend en y entrant que, semblables aux plus simples de leurs protégés d'aujourd'hui, dont le même toit abrite la chambre et l'étable, les saints de Bretagne vivaient dans la promiscuité des bêtes, puisque leurs statues ont presque toutes un animal sur le socle. Le plus célèbre de ces patrons célestes est saint Herbot, dont la chapelle au flanc d'un coteau désert reçoit en *ex-votos*, sous son jubé pou-

dreux, le crin des chevaux et des bœufs. Tout un peuple de pierre dans les églises. Dans l'une, le pieux personnage d'un groupe hiératiquement debout présente devant lui, au bout de sa main tendue, le cadavre rigide et arqué par la pesanteur du Christ ensanglanté. Cette figuration grossière d'un exploit athlétique exciterait le rire par l'évocation du geste d'une ménagère offrant au chiffonnier la peau raidie d'un lapin, si l'intention naïve de l'artiste ne nous avait déjà émus. Dans cet étalage du divin cadavre, comme dans les cambrures outrées des autres corps du Christ, on reconnaît l'effort inexpérimenté pour montrer, avec le plus d'évidence possible, aux fidèles les douloureux stigmates du martyr de leur Rédempteur. C'est à Pleyben que cette architecture mystique atteint son plus bel épanouissement.

L'animation d'un jour de marché égaya soudain la route aux approches d'Huelgoat. Nous dépassions des charrettes toutes bêlantes de moutons secoués sur la paille du plancher, toutes lumineuses de la coiffe des paysannes assises sur les bancs, et dont l'une, les manches de velours écartées par la tension des rênes, maîtrisait l'effarement du cheval à notre tumultueux passage. Des valets, le flot des rubans du chapeau échevelé et les jambes en compas sur un cochon en panique, attendaient anxieusement notre disparition. Et dans les rues du village, la foule, non décimée par la guerre, des acheteuses en robes noires et en résilles blanches de dentelle, surpassait de beaucoup le nombre des hommes complètement rasés entre le tricorne sans lanière et le vaste plastron de chemise sans cravate dans l'immense échancre du gilet. Un grouillement paisible, à peine troublé parfois d'un beuglement ou d'un gloussement emplissait le marché. Par les portes ouvertes

on voyait briller les cuivres des armoires et saillir le coffre en forme de banc qui précède la boiserie des grands lits clos.

Après une visite hâtive à l'église, à la chapelle de Notre-Dame-des-Cieux, à la chaussée géante des rochers éboulés, sous laquelle se perd la rivière de l'étang noir, et après un excellent déjeuner on remonta en voiture. Par un temps toujours couvert on atteignit le col de Comana où l'on s'arrêta quelques instants. Devant nous le plateau dévasté d'une tourbière avec la grêle silhouette de la chapelle Saint-Michel au sommet de la montagne. A droite, le déroulement de la plaine septentrionale avec la diaprure où le brun domine, des blondes céréales, des vertes prairies et des sombres forêts. Et bien loin vers le nord, du côté du pays de Renan, confondant son écume aux lividités de l'horizon, la mer des Cimmériens, « sombre, hérissée de rochers et toujours battue par les orages ».

Puis le temps devint plus obscur, la pluie tomba, et l'on ne distingua presque plus rien sous la capote relevée des voitures. Une ultime étape après Brasparts nous arrêta au milieu des cubes d'airain grillagés de marbre que sont les maisons de Locronan avec le blanc cimentage des pierres de la façade et la mousse de la couverture d'ardoise. Avant la nuit, on était à Quimper.

LE LONG DES GRÈVES. — La première excursion vers la mer fut celle de Concarneau, faite en chemin de fer. Les privilégiés s'y rendirent en autos à travers le gai pays Fouesnant où les essences du Midi embaument l'athmosphère, où le sourire des femmes s'ensoleille sous l'envolée des coques relevées du bonnet que cerce un ruban rose ou bleu. La baie clapotante de La Forest avec ses touffes de

mimosas, ses massifs de lauriers, ses arcs de palmiers, la petite falaise de Beg-Mel avec la nichée de ses villas sous la verdure, le manoir seigneurial de Keriolet, au milieu de son parc, furent les relais de la route. Concarneau et les grises murailles de l'îlot de sa ville close, les estaminets et les poissonneries de son port, la gaze azurée de ses filets pendant le long des mâts, les voiles rouges de sa flottille, voiles où le pêcheur taille son vêtement, le débarquement des thons bleuâtres et inflexibles comme s'ils étaient en zinc, la jupe sombre et trop courte sur le bas haut tiré de ses sardinières, leur regard aisément effronté sous la blancheur de la coiffe galonnée de noir, le mouvement des barques se profilant devant la barre des Glénans, occupèrent si bien l'attention que le laboratoire marin ne reçut pas toutes les visites annoncées.

En contrebande, puisque le programme ne le comportait pas, chacun obéissant aux appels que sonnent sur tout le Finistère les carillons de la ville engloutie, se rendit à la pointe du Raz. Et du bord des flots glauques, où sur les clochers d'Is plonge le cormoran, en face de l'île de Sein, tombe des druides d'Armorique, chacun vint admirer comment la terre finit, en précipitant aux abîmes de l'océan tout un fracassement de menhirs et de dolmens, dont les gigantesques monceaux s'élèvent à plus de cent mètres dans les cieux.

En groupe, le dimanche, par une journée encore grise, tout le monde assista à la fête de Penmarch. Une vedette, remorquant une baleinière, nous fit descendre l'Odet qui tout d'abord s'évase comme un lac aux berges doucement pentueuses. La brume froide et paresseuse d'une matinée humide, traînant sur le gazon des parcs, ne laissait entrevoir que

le bas des villas et des châteaux échelonnés le long du fleuve. Soudain les rives se rapprochent. Et de chaque côté, tel un troupeau qui dévale de la montagne, hêtres, chênes et châtaigniers emmêlant les chevelures de leurs têtes curieusement penchées, semblent accourir pour voir défilér les navigateurs. Dans cette gorge d'émeraude où, sur la traîne silencieuse du double manteau de velours vert pendu aux branchages des bords, le bateau glisse sans bruit, on croit voguer par la forêt de Brocéliande et voir disparaître à chaque détour la nacelle de Vivianne, sous la plongée des rames de Lancelot. On débouche ensuite dans l'estuaire limoneux de Bénodet et il faut, pour affronter la mer, monter sur « le roi Gradlon », vapeur dont la charpente est à l'épreuve du gros temps.

Sous un ciel pâle que de fugitifs rayons de soleil dorèrent un instant, sur le moutonnement perfide de vagues laiteuses aux crêtes écumantes, on longea la côte. La distance trop grande et la lumière trop terne ne permettaient de distinguer que la bande sablonneuse des dunes de Tudy surmontée d'une confuse et sombre végétation. Du côté opposé, l'immensité presque incolore des eaux mouvantes et de l'air immobile. Mais bientôt, par l'effet du tangage, une rigidité musculaire, agrémentée de viscosités n'ayant rien de mental, ni de moteur, vint paralyser l'attention de la plupart des passagers y compris le mousse. Lorsqu'on fut en vue du phare Eckmül, dont la colonne bronzée et la pointe de cuivre se se dressent du milieu des récifs, comme un canon qui crache son feu contre le ciel, le retard du pilote obligea à stopper. Et le roulis put achever l'œuvre du tangage. Enfin, le retardataire arriva. Mais le jusan nous arrêta bien loin du môle où des barques nous transportèrent péniblement à midi passé.

On ne vit donc que de loin le défilé du cortège et la paisible chevauchée des époux, elle en croupe, lui en avant sur le gros cheval fraîchement étrillé. De loin nous entendîmes la triste mélodie du biniau pleurnicheur et pressé comme un glapisement, et de la bombarde aigrette et râpeuse comme un suc de pommes pas mûres. Le plateau d'herbe décolorée, qui de quelques mètres à peine domine la plage de St-Guénolé et dont l'étendue désolée se jalonne de loin en loin par les blocs erratiques qu'y déposèrent les cataclysmes de la préhistoire, fut le champ de l'assemblée. Bretonnes aux bonnets empesés, aux gorgerettes tuyautées, avec le cœur et la croix d'argent retenus au cou par le galon de velours, avec les passementeries orange et citron des corsages, les soies claires des tabliers, Bretons au plastron et au boléro sombres zébrés de broderies multicolores ou à la veste bleue du chouan culotté de drap bis et coiffé du large chapeau à rubans tombant sur la nuque, s'y coudoyaient. Des mendiants surannés y brandissaient leur misère. On y dansait, on y chantait, on y buvait, on y riait, on y achetait des futilités avec une gaieté toujours un peu grave, sous le gris sévère d'un ciel déjà d'automne. La marée montante, roulant sur les rochers, couverts par son écharpe noire frangée d'hermine, ses plus fins coquillages, mêlait aux clameurs des vivants le bruissement voilé de la mer satisfaite. Et parmi ce divertissement, promenée dans une automobile dernier modèle, ayant pour chauffeur un paysan vêtu à la mode de l'ancien régime, la pathétique et paradoxale apparition de l'organisateur aveugle de cette fête des yeux, le glorieux mutilé Lemordant, le front bandé du blanc pansement évocateur de la bataille où il perdit la vue !

Mais la fuite sans trêve des heures amena trop tôt celle du retour. Et il fallut quitter la scène bien avant que la nuit y eût ajouté le décor de ses ombres et de ses étoiles.

En résumé, cette terre de Cornouailles, où mieux que nulle part se révèle l'antériorité du sens musculaire sur les autres sens, puisque la sculpture y a dressé jusque dans les landes les plus désertes des œuvres émouvantes, alors que la peinture n'y est qu'un puéril bariolage, et que la musique ne s'y traduit que par une modulation à peine cadencée, était bien le lieu d'élection d'un Congrès ayant pour objet l'étude de la motricité.

Pourtant, ces considérations esthétiques ne diminuent en rien le charme et les mérites de ce peuple, dont la gravité souriante s'acquiert si vite la sympathie. Pour qui vient d'Alsace, plus que pour tout autre, les beautés et la valeur de cette région sont saisissables. Tant d'analogies unissent ces deux provinces extrêmes de l'envergure du beau pays de France ! Toutes deux, pendant des siècles, repoussèrent l'invasion des barbares débarqués à l'Ouest des nef s anglo-normandes, émergés à l'Est des flots du Rhin franchis à la nage sur les cavales de Germanie. Toutes deux également assimilèrent et incorporèrent à la nation les apports étrangers. Toutes deux encore fournirent, l'une à l'escadre, l'autre à l'armée, les plus vaillants soldats. Toutes deux, enfin, tout en rivalisant de zèle pour contribuer à la grandeur de la patrie commune, mettent leur entêtement à sauvegarder le patrimoine particulier de leurs coutumes et de leurs traditions. Heureux entêtement en somme, car c'est lui qui brisa l'effort

de l'envahisseur et qui nous sauve de la banalité humaine.

De grandes dissemblances cependant séparent les deux mentalités ethniques. La jovialité et le positivisme de l'Alsacien, bien à l'aise dans sa large carrure, contrastent étrangement avec la mélancolique rêverie du Breton plus svelte d'allure. L'imagination du second trouve dans les brouillards errants sur sa lande sauvage et dans le mugissement de sa mer trompeuse une matière qui manque à la plaine féconde et claire où le premier vit dans l'opulence. Et la besogne active de riche fermière que sous le vol lourd de son papillon noir la blonde Alsacienne abat, chasse les songeries que tissent les aiguilles de la brune Bretonne occupée à sa dentelle en attendant le retour des pêcheurs ou en gardant son maigre troupeau.

Mais ce pays du rêve, du mysticisme et de la légende, est aussi celui qui donna naissance à deux des plus pénétrants génies que nous, psychiatres, médecins du corps et de l'âme, ne saurions jamais oublier : Laennec, dont la découverte de l'auscultation apprit à notre examen à dépasser la superficie des apparences, et à fouiller dans les profondeurs de la réalité ; Renan, dont la critique aussi délicate que lumineuse, nous enseigna la piété envers les vérités déchues, le doute envers celles qui règnent, le respect pour le contradictoire et la méfiance pour nous-mêmes. Le Congrès de Quimper peut donc prendre place parmi ceux dont les heures de plaisirs furent aussi fécondes en enseignements qu'en heureuses émotions.

Paul COURBON.

RÉPONSE A UNE CRITIQUE ALLEMANDE

LES IDÉES DE HOCHÉ ET DE BINDING

Par le Docteur Maurice BRISSOT

Médecin-Directeur de l'Asile de Rouffach (Haut-Rhin)

Voici un peu plus d'une année, à la séance du 25 juillet 1921 de la Société Médico-psychologique, nous rapportions l'observation d'une malade, décédée depuis lors (1), qui, traitée avant son admission à l'Asile dans un Etablissement hydrothérapique dont le Directeur n'avait aucune compétence professionnelle, ni aucun titre médical, avait vu son affection s'aggraver et était entrée à Rouffach dans un état lamentable. C'est à ce propos, que nous nous sommes permis de critiquer la Loi civile allemande (toujours en vigueur à cette époque en Alsace-Lorraine) (2) qui tolérait ainsi et encourageait même, à un certain point de vue, l'exercice illégal de la médecine. Nous avons relaté que le Directeur du Sanatorium en question fut poursuivi par les Tribunaux, et condamné, pour « blessures par imprudence », à une peine sévère.

Passant en revue dans cet article les différentes dispositions du Code civil allemand, nous en analysons les tendances et l'esprit, notamment en matière psychiatrique.

(1) D^r M. BRISSOT. — Les tendances et l'esprit du code civil allemand en matière psychiatrique : une intervention judiciaire dans un cas mental complexe (malade atteinte d'une affection chirurgicale grave, de stupeur mélancolique et présentant des séquelles d'encéphalite épidémique). *Soc. Médico-Psychologique*, séance du 25 juillet 1921. *Annales Médico-Psychologiques* (N° 3, octobre 1921).

(2) La loi française sur « l'exercice illégal de la médecine » a été introduite tout récemment en Alsace-Lorraine (juillet 1922).

Nous fûmes ainsi conduit à formuler notre opinion sur le § 1569 de ce Code qui autorise le divorce pour aliénation mentale et à parler de diverses Lois d'Assistance du Reich (Assurances sociales en particulier).

Notre conclusion était, en citant le titre du livre assez récent de Hoche et de Binding (1), que les Allemands ne se sont jamais départis du but *purement matérialiste* qu'ils ont sans cesse poursuivi et que, d'autre part, en aucune circonstance, ils n'ont fait de sentimentalité.

Aussi, n'avons-nous été pas peu surpris de lire tout récemment, sous la signature de M. Eugène Kahn (de Munich) la critique suivante parue dans le « Zentralblatt » (2) du 1^{er} février 1922 :

Un cas d'encéphalite épidémique a été mal soigné, selon les dires de l'Auteur, avant son admission à l'Asile de Rouffach, dans un Sanatorium alsacien, dont le Directeur n'est pas médecin. Ce cas, sans doute, très regrettable, s'il a été bien relaté par l'Auteur, lui donne le prétexte de s'étendre d'une manière très dure (*scharf*) contre nos règlements insuffisants — ce que nous savons malheureusement nous-mêmes trop bien — qui ont trait au charlatanisme, et de critiquer, à cette occasion, notre législation sociale. L'Auteur enfin met en lumière — dans une relation aussi peu claire que tendancieuse — l'infériorité de notre Code Civil, en se basant sur le § 1569, et il constate, en terminant, que nous, Allemands, n'avons jamais montré « de *sentimentalité* » : « Il suffit de citer le livre récent du Professeur « Hoche et de Karl Binding « *De l'autorisation de détruire « les existences sans valeur* » (Le titre allemand du livre « Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr « Mass und ihre Form » est ajouté dans une notice au bas « de la page) pour donner une idée de ce que peut « conce- « voir » le cerveau d'un Allemand. »

La discussion qui suit est sans importance ; un passage cependant de l'allocution finale de l'Auteur (il s'agit d'une

(1) Professeur A. HOCHÉ (de Fribourg en Brisgau) et Karl BINDING. — *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. — Ihr Mass und ihre Form* (Félix Meiner, Leipzig, 1920). « De l'autorisation de détruire les existences sans valeur. Sa mesure et sa forme. »

(2) Eugène KAHN (de Munich). — *Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1^{er} février 1922 (volume XXVII, fascicule 8, page 560).

Conférence à la Société Médico-psychologique du 25 juillet 1921) montre encore une fois son orientation (*Einstellung*).

Il caractérise, en effet, les Lois d'assurances allemandes qui sont encore en vigueur en Alsace-Lorraine, en les appelant « *un véritable bluff* » et il prétend que ces dernières « *lèsent* la classe ouvrière plus qu'on ne pourrait le croire ».

Nous ne pourrions pas nous déshabituer de notre faute de rester sans parti pris (litt. « *objectifs* ») vis-à-vis de l'adversaire, et nous ne nous réjouirons pas de l'extension florissante (*Blühen und Gedeihen*) du charlatanisme dans le Reich, parce que M. Brissot s'en agite (*sich aufregt*).

Mais nous avons toutes les raisons (*allen Grund*) de constater quel esprit règne envers nous, au moins dans une partie du monde scientifique français. Il ne nous est pas permis, dans notre propre intérêt, d'ignorer cet esprit. Nous pouvons le ridiculiser ou le combattre ; nous ferons l'un ou l'autre — selon que nous prenons ses représentants au sérieux ou non. La confraternité médicale (*Die Kollegialität*) internationale rend désirable que nous demandions d'abord à M. Brissot, s'il veut être pris au sérieux. Peut-être M. Brissot trouvera-t-il, par hasard, un compatriote qui lui fera comprendre que les idées de Hoche et de Binding — peu importe qu'on les partage ou non — sont exposées d'un haut point de vue moral ; d'un point de vue à la hauteur morale duquel, en Allemagne, aucun cerveau pensant ne doute, même s'il n'a pas pu faire de ces idées les siennes.

Eugène KAHN (de Munich).

Commençons tout d'abord par remercier M. Kahn de l'honneur qu'il nous a fait en apportant ses vues personnelles dans un débat qui ne visait *nullement*, par ailleurs, à blesser son amour-propre national.

Nous avons seulement voulu montrer que certaines Lois allemandes appliquées en Alsace-Lorraine allaient à l'encontre du but qu'elles se proposaient. En ce qui concerne l'exercice illégal de la médecine, qu'aucun texte législatif ne réprimait, nous pourrions citer plusieurs autres cas de charlatanisme éhonté, que nous tenons de confrères Alsaciens, impuissants à lutter contre cette catégorie de personnages couverts par une immunité absolue.

Pour ce qui est de la question du divorce, nous ferons simplement remarquer que l'Allemagne, avec la Suisse

et la Principauté de Monaco, sont les *seuls* pays d'Europe qui admettent la séparation des conjoints, lorsque l'un d'eux est reconnu aliéné. Et encore, la procédure du divorce, dans ces deux petits Etats, a été notablement révisée et amendée par des Lois récentes.

Quant aux fameuses Assurances sociales qui semblent tant préoccuper — nous ne dirons pas *agiter* — notre honorable contradicteur, il nous sera facile de prouver qu'elles ne donnent pas entière satisfaction, puisqu'un projet français qui doit venir en discussion devant les Chambres se sépare, sur beaucoup de points, du modèle allemand qui fait l'objet de notre critique. Les Assurances sociales, dont nous voyons chaque jour le fonctionnement en Alsace-Lorraine, forment un tout beaucoup trop rigide et ne s'harmonisent nullement avec les nouvelles conditions du travail. De sorte qu'il n'est pas exagéré de dire, qu'employeurs et employés en éprouvent un préjudice à la fois moral et matériel.

Ceci posé et tout en reconnaissant qu'un confrère étranger a parfaitement le droit d'exposer ses vues dans un problème intéressant son pays, puisqu'il touche à ses institutions sociales, nous n'admettons pas que M. Kahn nous donne des leçons de politesse !

A lire la critique précitée, qu'il consacre à notre article, on serait tenté de croire que ce dernier n'est qu'une boutade tendancieuse et même calomnieuse !

Et c'est la raison pour laquelle M. Kahn appelle à son secours la « Collégialité » internationale, qui n'a que faire en cette occurrence et qui se soucie fort peu, sans doute, de nous faire passer devant son Tribunal, pour nous morigéner et nous demander si « nous parlons sérieusement ». M. Eugène Kahn ne devrait pourtant pas oublier, après les années pénibles que l'humanité a vécues, l'attitude des « *Intellectuels* » de son pays pendant la tourmente et ce qui s'en est suivi, c'est-à-dire la réprobation presque unanime du monde scientifique à l'égard de savants, qui répudiaient ainsi tout sentiment de « *Collégialité* » et mettaient leur patriotisme farouche au service de l'esprit de domination le plus barbare et le plus cynique qui ait jamais existé. Si M. Kahn constate avec regret l'état d'esprit qui règne

de nos jours encore dans les milieux scientifiques français vis-à-vis de ses compatriotes, nous n'y pouvons rien : il n'est toutefois pas difficile d'en discerner la cause. Mais en appeler, dans ces conditions, à la Confraternité internationale, c'est une gageure qui frise l'inconscience !

Il n'a jamais été dans notre intention d'ériger à la hauteur d'une raillerie et encore moins d'une calomnie nos critiques sur les conceptions scientifiques ou juridiques de nos voisins d'outre-Rhin.

Tous les Français, sans aucune exception, se plaisent à reconnaître l'effort méritoire qu'ont fait les Allemands dans les questions d'assistance. Mais ces conceptions procèdent d'un esprit, d'une tendance qu'il nous est bien permis d'analyser et même de critiquer. M. Kahn nous reproche amèrement — c'est là son plus grand grief à notre égard — de ne pas avoir compris les idées de Hoche et de Binding. Ces idées, écrit M. Kahn, « sont exposées d'un *haut point de vue moral* ; d'un point de vue, à la hauteur morale duquel, en Allemagne, aucun cerveau pensant ne doute, même s'il n'a pas pu faire de ces idées les siennes ».

Eh bien, il est de notre devoir de dire en toute sincérité que le « *haut point de vue moral* » de Hoche et de Binding, partagé par M. Kahn, et, affirme-t-il, par tous les intellectuels allemands, nous échappe entièrement et ne correspond dans tous les cas en rien à la conception qu'on se fait en France d'un principe de moralité supérieur. Nous aurions déjà dû nous en douter.

Quelles sont donc ces idées que les disciples des deux Professeurs qualifient de sublimes ? Les voici, synthétisées en quelques mots : Binding, se plaçant sur le terrain juridique, Hoche se basant sur des théories médicales, déclarent que les existences *devenues* ou *restées* sans valeur doivent être supprimées au plus grand profit de la société.

Le premier écrit (p. 27) : « Il existe des vies humaines qui ont tellement perdu la qualité d'un bien légitime, que leur continuation est dénuée à tout jamais de valeur pour la société comme pour l'individu même. » D'après cet auteur, deux catégories de malades entrent en cause, plus un groupe intermédiaire :

1° Des individus irrémédiablement perdus par suite de maladie ou de blessure et qui, en *pleine conscience* de leur état, ont le désir ardent d'une délivrance et l'ont manifesté de manière quelconque (cancéreux, phtisiques perdus, mortellement blessés). Voir page 29.

2° Des *déments incurables* (démence constitutionnelle et acquise). Page 31.

3° Des gens *sains d'esprit* qui ont *perdu connaissance* par suite d'un accident, d'une blessure grave sûrement mortels et qui, s'ils s'éveillaient, se verraient dans une misère sans nom (Page 33).

Binding se fait, somme toute, l'apôtre de l'*euthanasie*. Quant à son collègue Hoche, il limite la suppression des existences au groupe des déments incurables, à ceux qui se trouvent en état de « mort de l'esprit » (*geistiger Tod*). Voir page 51.

Ces « morts de l'esprit », ces « *geistig Toten* » sont surtout des déments constitutionnels qui ont acquis, depuis leur plus jeune âge, « le caractère de corps « étrangers dans la Société humaine, qui sont caractérisés par un manque absolu de productivité quelconque, par une incapacité à se tirer d'affaire (*Hilfslosigkeit*), avec la nécessité d'être soignés par des tiers ». Page 57.

Sur quels considérants s'appuient ces principes d'élimination sociale ? Avant tout, sur le désir de supprimer des vies inutiles et d'alléger d'autant les charges financières de l'Etat et des collectivités : « Des « générations entières d'infirmiers, écrit Hoche (p. 55), « donnent leurs soins à ces « douilles vides humaines » « (*leere Menschenhülsen*) qui peuvent atteindre l'âge « de 70 ans et plus. Avant la guerre, tout cela n'entrait « pas en ligne de compte, mais, avec l'état de choses « actuel en Allemagne, il faut que chacun travaille et « rende autant que possible. »

Plus loin (p. 57-59) : « La suppression des « morts « d'esprit » n'est pas un crime, pas une action immorale, pas une cruauté, mais un acte permis et utile.... « On ne lèse pas la volonté de vivre, quand on exécute « un mort de l'esprit, qui n'est pas en état de manifester cette volonté. Où il n'y a pas de souffrance, il ne « doit pas non plus y avoir de pitié (sic).

« La faute est d'extérioriser nos propres sentiments
 « dans les autres êtres, ce qui est prouvé par les excès
 « du culte des animaux chez les Européens. »

Hoche doute, il est vrai, que les idées qu'il expose soient dès aujourd'hui tout à fait mûres ; mais elles feront leur chemin et finiront par n'épouvanter plus personne : « Une nouvelle ère, *avec une moralité plus élevée*, cessera de maintenir la prétention de conserver
 « des existences sans valeur avec les plus grands sacrifices, à cause d'une *conception exagérée de l'humanité* et une surestimation de la valeur de l'existence ». (P. 62).

Hoche et Binding reconnaissent, d'ailleurs, les difficultés que soulève l'application de semblables mesures. C'est pour y remédier, qu'ils s'entourent d'un certain nombre de garanties, l'initiative de l'exécution devant être prise, non par l'Etat, mais par certains ayants droit, tels que le patient lui-même ou son médecin, ou encore une personne désignée par le malade, un proche parent par exemple. La demande est faite à l'autorité qui, après enquête, statue sur sa recevabilité ou non. Dans le premier cas, elle est transmise à une Commission spéciale composée d'un *médecin* pour maladies physiques, d'un *psychiatre* ou d'un praticien versé dans les affections mentales et d'un *juriste* qui auraient tous trois droit de vote.

La Commission possède encore un Président, mais sans voix délibérative. La décision doit être prise à l'unanimité.

Le demandeur et le médecin-traitant ne peuvent faire partie de la Commission. Celle-ci enfin a toutes les prérogatives ; elle se déplace, participe à l'enquête et entend tous les témoins qu'il lui plaît de citer.

Le moyen le plus approprié, en ce qui concerne l'euthanasie, doit être désigné pour chaque cas. Quelque soit le mode employé, la délivrance doit être effectuée sans douleur, et seulement un spécialiste doit pouvoir la pratiquer (*Binding*, p. 35-39).

Après l'exécution, un procès-verbal détaillé est présenté à la Commission.

Les garanties que préconise l'Auteur nous paraissent

absolument illusoires. Binding va, d'ailleurs, lui-même au-devant de notre objection, car il dit (P. 39) :

« Le peuple s'indignerait beaucoup d'une erreur possible. *Le diagnostic de l'incurabilité est douteux.* Malgré l'unanimité des experts et sauf les cas d'idiotie incurable, il n'y a jamais certitude absolue. » Binding toutefois s'empresse d'ajouter : « que le médecin peut se tromper en exerçant sa profession et que personne n'a le droit d'exclure les hommes de l'art, à cause de cela. Ce qui est bien et raisonnable doit être fait, malgré les risques d'erreur. Et si, une fois, il y a erreur, le résultat n'est, somme toute, *qu'un homme de moins*, dont la vie aurait PROBABLEMENT été sans grande valeur, s'il avait survécu à sa maladie grave..... La pitié qui nous pousse à sauver certaines existences devient une cruauté. »

Parlant des déments incurables qui constituent une charge grave pour l'humanité, tout en restant absolument inutiles, Binding (p. 31) ne voit aucune raison juridique, sociale, morale ou religieuse qui s'oppose à leur suppression, ces êtres étant le contraire d'hommes véritables. Nous n'avons pas à notre époque assez « d'héroïsme », ajoute-t-il, pour les conserver.

Il nous suffit de ces quelques citations empruntées à l'ouvrage de Hoche et de Binding, pour en dégager l'esprit. N'avions-nous pas eu raison de soutenir dans un précédent article, que les Allemands « n'ont jamais montré de sentimentalité » et qu'ils poursuivent des buts purement matérialistes ? Car, d'après ces auteurs, la suppression des existences inutiles n'est destinée qu'à alléger les finances de l'Etat et les charges de la collectivité. En fait, ces économies nous paraissent bien mesquines et de peu d'importance, les déments incurables — qui sont le plus visés — étant, d'une façon générale, traités en commun, avec d'autres malades, dans des asiles d'aliénés ou des établissements spéciaux affectés à cet usage.

Mais une question d'un intérêt beaucoup plus puissant se pose : pouvons-nous admettre le principe même de la suppression de vies humaines ?

Du point de vue religieux, la réponse n'est pas dou-

teuse, puisque le suicide est condamné par l'Eglise. Du point de vue social, la question doit se trancher également par la négative, parce que les garanties que nous pouvons offrir aux malades sont purement illusoires. Que signifie un diagnostic d'incurabilité, concernant des individus étiquetés « déments chroniques », abstraction faite des idiots de la première enfance ? Pouvons-nous, pourrions-nous toujours assurer que notre certitude est absolue ? Et puis, où s'arrêter dans la voie des destructions ? Puisqu'on supprime les existences sans valeur pour la Société, n'est-il pas logique d'éliminer aussi les condamnés pour crimes de droit commun, les forçats, qui pèsent d'un poids considérable dans le budget de l'Etat. Pourquoi, non plus, ne pas porter atteinte à la liberté d'existence des tuberculeux et des syphilitiques, dont l'assistance est souvent très coûteuse et qui peuvent engendrer des êtres porteurs de tares physiques ou mentales indélébiles ! Ceux-là mêmes sont dangereux !

Pourquoi aussi ne pas tuer, pour les mêmes raisons, alcooliques et épileptiques ?

Si nous nous plaçons maintenant au point de vue moral, nous voyons que *rien* ne peut autoriser l'exécution de créatures humaines, aussi incurables et inutiles qu'elles puissent être. — Le plus haut principe de moralité nous enseigne que nous devons secourir notre prochain dans la mesure de nos capacités. Commençons donc tout d'abord à prévenir le mal ; en l'espèce, faisons de la prophylaxie mentale, empêchons les gens de devenir aliénés, incurables, de façon à ne pas avoir besoin de les soigner plus tard comme tels. Faisons en sorte que des individus tarés, physiquement ou mentalement (tuberculeux, syphilitiques, alcooliques, épileptiques, etc.) ne contractent pas des unions qui seront le plus souvent un désastre pour leur descendance.

Voilà ce que nous dit la morale et ce qu'en France, à l'heure actuelle, la *Ligue d'Hygiène mentale* se fait un devoir de propager et d'enseigner.

Mais de grâce — si, malgré tous nos efforts, nous avons des malades, des chroniques, des inutiles, — ne les tuons pas, soignons-les.

Hoche déclare d'une manière péremptoire (p. 58-59) que le dément incurable, le « mort d'esprit » (geistig Tote) n'est pas en état de formuler dans son for intérieur aucun droit à la l'existence. Il n'y a pas, dit-il, atteinte à la volonté de vivre dans le cas de l'exécution d'un de ces malades qui, par suite des lésions cérébrales qu'il présente, n'est pas capable de manifester une volonté quelconque et, en particulier, le désir de vivre.

Or, qu'en savons-nous ? Le contentement intérieur qu'on observe chez les idiots et qui a été si magistralement décrit par notre collègue et ami le D^r Mignard dans son ouvrage sur « la joie passive », est un symptôme de nature à nous faire réfléchir sur la satisfaction que peuvent éprouver ces malades à mener une vie, même toute bestiale et matérielle. Et il ne nous est pas possible, pour des motifs de « haute moralité et d'humanité » bien compris, de suivre le Professeur de Fribourg dans ses déductions, lorsqu'il affirme que « là où il n'y a pas de souffrance, il ne doit pas non plus y avoir de pitié ».

Il nous semble que la question est définitivement jugée. D'ailleurs, est-il bien certain que tous les Allemands partagent les idées de Hoche et de Binding ? Il nous est permis d'en douter. C'est pourquoi nous ne prenons pas au tragique les reproches véhéments que nous adresse M. Eugène Kahn (de Munich) et nous ne pensons pas l'offenser en lui demandant, non s'il plaisante, mais s'il a mûrement réfléchi à ce qu'il écrivait.

En marge des discussions ouvertes devant la Société Médico-Psychologique sur les malades dits « petits mentaux » et la création de « Services ouverts ».

Par le Docteur Julien RAYNIER

Deux discussions du plus haut intérêt sont actuellement ouvertes devant la Société Médico-psychologique.

L'une — la première en date — sur l'organisation du Service libre de prophylaxie mentale de M. Toulouse, à l'Asile Ste-Anne,

L'autre — d'aujourd'hui — sur la demande de M. Strauss, ministre de l'Hygiène, a pour but de permettre aux médecins spécialistes et à leurs sociétés scientifiques de définir ce qu'il y a lieu d'entendre quand on parle de « petits mentaux ».

L'intérêt pratique de cette définition serait d'éclairer les autorités diverses saisies de demandes d'autorisation, ou de propositions de création de services ouverts pour malades psychiques que des médecins désignent eux-mêmes sous l'étiquette de « petits mentaux », — terme justement critiqué, que l'administration ne comprend pas clairement, quand elle ne le trouve pas ridicule — et de permettre à ces autorités de juger en pleine connaissance de cause dans quelles conditions pratiques pourraient être autorisés, organisés et réglementés dans leur fonctionnement les services nouveaux qu'on propose de créer.

Je ne reviendrai pas sur ces discussions, si ce n'est pour me féliciter de l'ampleur qu'elles prennent, des idées multiples qu'elles soulèvent et confrontent et de ce qu'elles constituent en vérité une sorte de préface à la grande question toujours à l'ordre du jour de la réforme du régime de l'Assistance aux psychopathes de tout ordre.

J'ai eu l'occasion d'étudier cette question en collabo-

ration avec mon ami le Docteur Beaudouin dans un long mémoire déposé en 1922 devant l'Académie de Médecine, pour le prix Baillarger, et, dans d'autres articles, j'ai marqué pour ma part — après combien d'autres — que cette réforme ne devrait pas faire fi des mérites éprouvés de la loi de 1838 et du grand nombre de dispositions heureuses qu'elle contient, mais qu'elle devrait, en l'amendant et en la complétant, tenir compte de ce que l'expérience a montré qu'elle avait d'incomplet, et de certaines conceptions qui s'imposent aujourd'hui en vertu de la loi du progrès.



En attendant le vote de cette réforme, l'organisation de services ouverts se propose en général, entr'autres buts, de constituer une expérience, expérience qui soulève de multiples controverses dont les principales sont relatées dans le compte rendu des séances de la Société Médico-psychologique.

Au cours de la séance du 27 mars 1922, j'ai, dans une rapide esquisse, exprimé mon point de vue et marqué mes préférences.

Le but de la présente note n'est pas de reprendre la question dans son ensemble, ni d'examiner les très nombreux problèmes soulevés par le mouvement actuel des idées qui passionne le monde psychiatrique, mais d'étudier deux points particuliers et la réponse à faire à deux questions qui reviennent toujours dans les demandes d'avis formulées par des médecins, des agents élus, ou des administrateurs tentés de réaliser dans leurs *départements* (en utilisant la législation actuelle) l'assistance aux psychopathes « non internables » (les malades dits « petits mentaux ») en des services libres, ouverts dans les asiles.

La première de ces deux questions est habituellement ainsi formulée. Les « petits mentaux », c'est-à-dire des malades considérés comme non aliénés, peuvent-ils être reçus dans dans un asile d'aliénés, même en locaux distincts ?

La réponse à faire ne soulève pas de grandes diffi-

cultés. Cependant une fraction de la doctrine a peine à admettre que l'on puisse recevoir dans un asile des malades non soumis à la loi de 1838 et tire argument de l'art. 1^{er} de la dite loi qui impose à chaque département d'avoir un établissement *spécialement* destiné aux aliénés en interprétant le mot *spécialement* dans le sens d'exclusivement.

J'indiquerai tout à l'heure les motifs qui permettent de repousser cette opinion et permettent heureusement, au contraire, de recevoir à l'Asile des malades psychiques non aliénés (je dis heureusement parce que l'asile est, peut-on dire, à peu près le seul établissement outillé en matériel adapté et en personnel compétent pour le traitement des « maladies de l'esprit »).

Le premier point réglé, la deuxième question dont j'ai annoncé l'étude et que l'on pose généralement, est ainsi formulée : La loi de 1893 est-elle de plein droit applicable aux malades dits « petits mentaux » ? L'un de nos confrères s'est même demandé et a demandé s'il n'y aurait pas lieu, au moment de créer dans son département un service ouvert, de pressentir les communes en vue de leur faire accepter le placement de leurs psychopathes suivant le mécanisme de l'assistance médicale gratuite.

Avant de passer à l'examen de la solution de ces derniers points dont l'importance est très grande puisqu'il s'agit, en définitive, des moyens financiers de nature à assurer la vie d'un service ouvert, il n'est pas inutile d'en souligner certaines difficultés dont la principale résulte du fait que l'on n'exprime pas toujours, d'une façon suffisamment précise ou indiscutable, quels malades « petits mentaux » sont désignés pour bénéficier du régime nouveau dont on demande l'application. D'ailleurs certains psychopathes que l'on déclare justiciables des services ouverts placés sous le régime de la liberté et de la loi de 1893 (paralytiques généraux, mélancoliques, certains toxicomanes, etc.), paraissent, à très juste titre, à beaucoup de techniciens, devoir être maintenus avec plus d'avantages chaque fois que faire se peut, sous le régime de la loi de 1838. D'autre part, une autre catégorie de malades, notamment les chroni-

ques et les incurables, n'entrent pas dans le cadre de l'Assistance médicale gratuite et relèvent d'une assistance d'un mécanisme un peu différent (Loi de 1905).

Il y a lieu, en outre, de ne pas perdre de vue que l'Assistance médicale gratuite est dans son essence une assistance à domicile et que le placement hospitalier n'intervient en principe que lorsqu'il est impossible d'assurer à domicile le traitement adéquat.

Quoi qu'il en soit, en négligeant l'étude de modifications législatives à envisager pour l'avenir et en me *tenant exclusivement sur le terrain de la législation en vigueur*, j'ai cru utile de fournir présentement des éléments de réponse à chacune des deux questions posées, le plus souvent, à l'occasion des services ouverts. J'exprime, à propos de l'une et de l'autre, ma manière de voir (qui m'est souvent demandée par des confrères des asiles) sous forme de consultation et d'avis.



A) Sur le premier point : à savoir les « petits mentaux », c'est-à-dire des malades considérés comme non-aliénés peuvent-ils être reçus dans un asile d'aliénés, même en locaux absolument distincts ?

— Considérant : que si l'art. 1^{er} de la loi de 1838 a imposé à chaque département d'avoir un établissement public spécialement destiné aux aliénés (ou de traiter avec un établissement public ou privé), il ne lui a pas fait l'obligation de le consacrer exclusivement à cette catégorie de malades, ainsi qu'il résulte notamment :

de l'art. 7 qui dispose : « Les règlements intérieurs
« des établissements publics consacrés *en tout ou en*
« *partie* au service des aliénés seront dans les dispo-
« sitions relatives à ce service soumis à l'approbation
« du ministre »,

et des Instructions ministérielles qui accompagnent et commentent le règlement modèle de 1857 et spécifient que lorsque des asiles reçoivent indépendamment des aliénés ordinaires, des épileptiques non frappés d'aliénation mentale, il y aura lieu d'ajouter à l'art. 1^{er}

du règlement, un paragraphe ainsi conçu : « A l'établissement est annexé un quartier entièrement isolé des bâtiments affectés aux déments et destiné à recevoir des... épileptiques non aliénés ».

— Considérant que cette dernière disposition n'est que l'application aux établissements publics des prescriptions de l'art. 21 de l'ordonnance de 1839 qui impose aux directeurs d'établissements privés consacrés aux aliénés de justifier par la production du plan de l'établissement que le local consacré aux aliénés est entièrement séparé de celui qui est affecté au traitement des autres malades.

— Considérant que cette affectation à une catégorie de malades non aliénés que l'on retrouve en fait dans un certain nombre d'établissements publics d'aliénés, doit être autorisée par l'autorité qui exerce sur les asiles la direction et le contrôle et que cette autorisation doit émaner du Ministre (argument tiré de la loi de 1838 et du Décret du 16 avril 1861 dit de décentralisation qui réserve au Ministre l'approbation des plans et devis des travaux à effectuer aux asiles, quelle que soit la quotité de la dépense quand ces travaux engagent la question de système ou de régime intérieur).

— Considérant que tout établissement hospitalier doit avoir un règlement du service intérieur soumis à approbation,

ON PEUT FORMULER L'AVIS

que rien ne s'oppose dans l'état de la législation à ce qu'un Asile d'aliénés reçoive une catégorie de malades psychiques autres que des aliénés proprement dits, à la condition :

— Que les bâtiments à eux affectés soient entièrement distincts et séparés.

— Que l'autorisation à cet effet ait été sollicitée et donnée.

— Et que le règlement du service intérieur ait été préalablement soumis à approbation.



B) Sur le second point, à savoir : La loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite est-elle de plein droit applicable aux « petits mentaux » non aliénés ?

— Considérant : que la loi de 1893 s'applique indiscutablement à tout Français malade privé de ressources, — quoiqu'en fait, il soit possible de rappeler des difficultés d'interprétation du même ordre, notamment en matière d'assistance aux tuberculeux, difficultés qu'on a dû résoudre par des lois ultérieures.

— Considérant que la loi de 1893 ne s'applique ni aux chroniques, infirmes, incurables, tributaires de la loi de 1905, ni aux aliénés régis par la loi de 1838.

— Considérant qu'on n'a pas jusqu'ici défini d'une façon assez précise ce qu'il y a lieu d'entendre par « petits mentaux » et qu'il convient pour de multiples raisons de ne pas déroger par voie oblique et sans garanties à la loi de 1838, et de ne pas confondre ces psychopathes avec des malades mentaux régis par la dite loi.

Ces derniers malades sont, au sens littéral : Ceux dont l'état mental certifié et décrit par un médecin indique le traitement dans un asile et la nécessité d'y être maintenus renfermés (Plac. volontaire, art. 8) et ceux dont l'état mental compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes (Plac. d'office, art. 18).

Ou, si l'on admet l'interprétation de l'esprit et du régime général de la loi de 38, les psychopathes dont l'état mental nécessite un mode particulier d'assistance dans lequel sont combinées les précautions en vue du maintien de l'ordre public et de la protection de la liberté individuelle et pour lesquels il est utile d'instituer des mesures de sauvegarde des intérêts pécuniaires plus faciles à mettre en œuvre que celles prévues par le code civil pour la protection des biens des personnes atteintes de troubles mentaux.

— Considérant que la catégorie de malades dits « petits mentaux » ne saurait comprendre que des malades ne relevant pas de la catégorie de malades

mentaux ci-dessus décrite pour lesquels la loi de 1838 a réglé entre autres un régime de dépenses qui pourvoit au traitement des aliénés dangereux et non dangereux et permet sous certaines formes (quoique cette notion soit tombée fâcheusement en désuétude dans quelques départements assez nombreux) le placement volontaire à titre gratuit, qu'il est nécessaire du reste de rendre plus fréquent.

— Considérant cependant que la loi de 1838 présente quelques lacunes qu'une prochaine législation fera vraisemblablement disparaître. Et, dans le cas particulier, qu'il existe (sous les réserves qui précèdent) une catégorie de malades mentaux vraisemblablement moins nombreux qu'on ne le dit pour lesquels la loi de 1838 ne joue pas et qui ne peuvent en principe, dans l'état actuel de nos institutions (en ne parlant que des curables) bénéficier que de la loi sur l'assistance médicale gratuite.

— Considérant que pour les admettre au bénéfice de cette loi, il n'y a pas lieu, comme le demandent certains médecins, de pressentir les communes en vue de leur faire accepter le principe du rattachement à l'Assistance médicale gratuite.

— Considérant qu'il appartient au Conseil Général de délibérer (avec les pouvoirs dont l'étendue est définie par la loi au sujet de l'organisation du service d'assistance médicale gratuite) sur l'admission des services spéciaux qu'on se propose de créer dans les asiles, comme hôpitaux de rattachement pour l'exécution de la loi de 1893, en ce qui concerne les malades de la catégorie envisagée qui ne peuvent être utilement soignés à domicile.

— Considérant enfin que cette deuxième question n'est pas indépendante de la première (autorisation, séparation, règlements du service ouvert, etc.), il y a lieu dans le règlement intérieur (soumis à approbation) du service annexé d'asile, pour « petits mentaux » dont la création est envisagée, de fixer les mesures à prendre dans les cas qu'il n'est pas inutile de prévoir où la maladie s'aggraverait, en réglant les conditions pratiques du passage à l'asile proprement dit.

ON PEUT FORMULER L'AVIS :

— Que la loi de 1893 est applicable aux « petits mentaux » curables, non bénéficiaires de la loi de 1838.

— Qu'il y a lieu de délimiter cette catégorie de malades le plus précisément possible et de la désigner d'un terme moins sujet à des critiques diverses.

— Que la création des services spéciaux qui leur sont destinés ne saurait, quelle qu'en soit l'intention et qu'il s'agisse de payants ou d'assistés, avoir pour résultat d'éluder dans aucun des cas où elles sont utiles ou nécessaires, les dispositions protectrices de la loi de 1838.

— Et qu'il appartient au Conseil Général de délibérer sur l'admission, comme hôpitaux de rattachement, pour l'exécution de la loi sur l'assistance médicale gratuite, des services annexes spéciaux dont la création est projetée dans tel ou tel Asile.



Voilà donc exposées, à propos des discussions en cours, des manières de résoudre quelques-uns des problèmes pratiques posés par les demandes de création et d'organisation des services ouverts pour psychopathes non soumis à la loi de 1838. Ces services, est-il besoin de le répéter, ont surtout à mon avis leur place marquée dans les asiles. Ils constituent une expérience intéressante qu'il semble y avoir lieu de limiter dans une certaine mesure et de ne généraliser pour le faire avec fruit, qu'après la constatation des résultats donnés par des essais bien conduits et sans dépenses inutiles.

La question préliminaire soumise aux délibérations des Sociétés de Médecine Mentale, est celle de la définition et de la désignation de la clientèle appelée à bénéficier éventuellement de ces créations.

En ce qui me concerne, j'ai rejeté, comme tous les orateurs qui ont pris la parole sur la question (voir compte rendu de la séance du 26 juillet 1922 dans ce même numéro des *A. M. P.*), le terme « petits mentaux » que je désirerais employer pour la dernière fois.

Peut-être sortira-t-il, de ces savantes discussions, un vocable nouveau. En tout cas, il semble pouvoir résulter, de ces consultations, une majorité d'entente sur la désignation des malades appelés à bénéficier d'un traitement en cure libre. Je ne tenterai pas, après l'échange de vues dans lequel ont pris part ou prendront part tout ce que la Psychiatrie renferme d'éléments actifs et de compétences universellement appréciés, de présenter un essai de délimitation rigide impossible à établir, mais je me demande, pour le soumettre aux lecteurs, si le terrain de discussion ne pourrait pas être établi sur quelques-unes des considérations que j'ai exposées précédemment et si la réponse à la question posée devant la Société pour l'inviter à définir les malades dits « petits mentaux » ne pourrait pas être provisoirement formulée dans ce sens.

Elle pourrait, semble-t-il, dans ces conditions, dire simplement que les malades qu'on a désignés en général du nom qui ne satisfait personne de « petits mentaux » et pour lesquels on préconise ou l'on demande la création de services ouverts de cure libre ne sont que les psychopathes autres que ceux visés par la loi de 1838 à laquelle il convient de rendre hommage en ce qu'elle a d'excellent (ce qui n'empêche pas le souhait de la voir bientôt amender et compléter dans certaines de ses parties) et qui doit continuer à régir les psychopathes qui appartiennent à son domaine, c'est-à-dire ceux définis par les caractères que j'ai essayés de dégager plus haut de la lettre et de l'esprit de la loi.

Médecine légale

DE LA SUBJUGATION CONSCIENTE DE LA VOLONTÉ DANS L'ACCOMPLISSEMENT DE CERTAINS CRIMES OU DÉLITS

Par Roger DUPOUY

Un procès des plus intéressants au point de vue médico-légal doit se plaider très prochainement devant le tribunal correctionnel de Berlin. L'accusation reproche à un nommé L. M. d'avoir exercé son influence sur certaines femmes pour les inciter à commettre des actes délictueux.

Un autre procès, dans lequel le Professeur Moll aurait été commis à titre d'expert, serait également pendant ; il s'agirait cette fois d'un crime. L'inculpé X. aurait à répondre d'avoir poussé une jeune fille à en tuer une autre et à se suicider ensuite, après rédaction d'un testament en sa faveur.

Le terme d'hypnose ou de manœuvres hypnotiques est couramment employé en pareil cas par l'accusation et par les témoins aussi bien que par les victimes et par les reporters. A tort, vraisemblablement. Les manœuvres hypnotiques sont bien exceptionnellement utilisées par le coupable qui veut faire commettre par un autre l'acte délictueux ou criminel qu'il a concerté ; et l'auteur irresponsable n'a pour ainsi dire jamais été plongé dans le sommeil artificiel, dans l'hypnose véritable.

Il n'en est pas moins certain que la volonté de « l'employeur » peut dominer entièrement la volonté de « l'employé » au point que celui-ci, bien que conscient de l'acte qu'il commet, est incapable de s'y soustraire et qu'il se trouve contraint de l'exécuter.

Nous venons, dans le cours de l'année dernière, d'observer trois cas de ce que nous appellerons pour cette

raison la subjugation consciente de la volonté. Dans les trois cas, il s'agissait de femmes de volonté assez débile, bien que d'intelligence suffisamment développée, et entachées d'hystérie, c'est-à-dire douées d'une plasticité mentale anormale les rendant accessibles à la suggestion, aussi bien à l'état de veille qu'à l'état de sommeil provoqué.

La première aurait été prise, en dehors de notre présence, d'accidents manifestement hystériformes ; la seconde avait jadis pu être endormie par nous dans un but thérapeutique et être ainsi libérée d'une idée fixe dont on n'avait pas réussi à la débarrasser auparavant par la simple persuasion ; la troisième présenta devant nous des crises convulsives typiques. Il y a donc lieu de faire ressortir dans ces trois cas l'importance capitale de la constitution hystérique, bien que, nous le répétons, le sujet n'ait pas été plongé dans l'hypnose par son dominateur, mais ait été seulement l'objet de commandements consciemment entendus auxquels, malgré une certaine résistance, sa faible volonté était incapable de se dérober.

OBSERVATION I. — *Abandon de sa famille par une jeune fille pour suivre un suborneur marié. Complicité d'adultère consentie sur ordre.*

Mlle X., 24 ans, appartenant à une famille des plus distinguées, fit un jour la connaissance d'un ami de son frère. Elle le rencontra ensuite très fortuitement au cours d'une sortie. Bien que marié, il se mit à la courtoiser, se fit aimer, exerça aussitôt sur elle une influence considérable. Mis au courant de la situation, les parents de la jeune fille le prient de cesser ses visites. Il parvient néanmoins à lui fixer un rendez-vous, l'enlève en auto et en fait sa maîtresse. Rendue à sa famille après plainte de celle-ci au Parquet, Mlle X. s'exalte et menace de se suicider si on veut la séparer de son amant.

C'est à ce moment que nous sommes appelés à l'examiner et nous rédigeons sur elle la note suivante : Mlle X. présente actuellement un état de déséquilibre mental caractérisé par une faiblesse marquée de la volonté et une impulsivité pathologique dont elle se rend partiellement compte. C'est ainsi qu'elle nous a avoué que depuis deux ans elle se sentait de plus en plus déprimée, qu'au moindre motif elle se

laissait aller à des crises émotives dont elle n'était pas maîtresse, la poussant à pleurer et à se mordre les mains, qu'il lui était impossible de conserver quelque argent sur elle, portée à le dépenser immédiatement en futilités (oniomanie de Magnan, syndrome épisodique de dégénérescence mentale) et à donner au premier mendiant lui tendant la main 20 francs aussi bien qu'un sou. Elle nous a également fait part d'idées de suicide, notamment par le poison, qui la hantent depuis plusieurs mois. Enfin elle nous a fait le récit de la connaissance fortuite qu'elle a faite d'un homme, ancien camarade de son frère, qu'elle a aimé aussitôt d'un amour excessif et auquel elle s'est livrée. Ce récit nous donne l'impression de l'assujettissement complet d'une volonté débile à une volonté supérieure et autoritaire, d'un anéantissement absolu du libre arbitre, du respect des conventions sociales et des devoirs filiaux.

Séparée de son amant, elle se calme rapidement, se reconnaît nerveuse et souffrante et se soumet docilement au traitement qui lui est conseillé. Mais en sa présence, elle se transforme instantanément et obéit passivement aux ordres qu'il lui donne. Devant nous il l'interpelle avec autorité, lui enjoint de le suivre. Comme une automate, elle l'écoute ; sans dire un mot, elle se laisse commander et emmener brutalement ; sans une protestation, sans la moindre opposition, mais aussi sans aucun élan et sans manifester de volonté personnelle, elle obéit à la force qui l'enlève, abandonnant sa famille et brisant irrémédiablement sa vie. C'est une subjugation complète de sa volonté constitutionnellement très faible, qu'une impulsion passionnelle a encore obscurcie et qu'une volonté s'affirmant comme nettement supérieure à la sienne a totalement dominée.

OBSERVATION II. — *Viol subi passivement par une jeune fille. Vol commis par elle au profit de l'amant et sur son ordre. Complicité consentie malgré elle au cambriolage éventuel de ses parents.*

Mlle Y., 32 ans, est une malade que j'ai eu l'occasion de présenter, il y a quelques années, à la Société de Psychiatrie. Elle était atteinte à cette époque d'une idée fixe très particulière, celle de se croire demandée en mariage par un jeune homme qui n'en avait nullement eu l'intention et l'avait nettement déclaré, sur leur demande, aux parents de la jeune fille. Cette idée fixe s'accompagnait de représentations mentales extrêmement vives, visuelles, auditives et même tactiles, revêtant l'intensité d'hallucinations véritables, mais parfaitement conscientes et au surplus désirées et sollicitées par la malade elle-même. Nous la considérons

alors comme une psychopathe dont la volonté très défaillante n'avait plus sur les pensées et les actes de la vie courante un contrôle et une direction normale, ce qui l'avait conduite à éprouver un sentiment passionnel d'ordre pathologique et susceptible d'entraîner de sa part des réactions anormales et également pathologiques.

N'ayant pu, par la simple persuasion et la psychothérapie habituelle, vaincre cette idée fixe, nous avons dû nous résoudre à employer la suggestion hypnotique. Parvenu à la mettre en état d'hypnose, nous avons réussi à obtenir par commandements la renonciation à l'idée fixe et tous les phénomènes représentatifs avaient disparu avec cette dernière.

Vint la guerre. Notre malade, comme tant d'autres jeunes filles, demanda un poste d'infirmière dans un hôpital auxiliaire de l'arrière et se consacra avec un réel dévouement aux blessés qui lui étaient confiés. L'un d'eux, remarquant l'influence qu'il exerçait sur elle rien qu'en la regardant fixement, en abusa. Dans la salle même d'opérations où Mlle Y. faisait ses pansements, à quelques pas des autres blessés et du personnel de l'hôpital, séparé d'eux par de minces cloisons, il la bouscula contre le lit de pansement et la violenta sans qu'elle pût faire un geste de défense, pousser un seul cri d'appel. Devenue ainsi sa maîtresse, malgré elle, elle obéit passivement à tout ce qu'il exigea désormais.

Après qu'il fut évacué de l'hôpital, elle crut sa mésaventure terminée et n'en souffla mot à personne, irritée cependant contre elle-même de n'avoir pu résister à une violence qu'elle réprouvait et à un homme vers qui elle ne se sentait pas attirée par un sentiment passionnel, mais qui lui commandait irrésistiblement. La guerre finie, elle entra dans une grosse Compagnie financière où elle se fit particulièrement estimer par son travail et sa scrupuleuse probité.

Il revint la trouver et reprit immédiatement son ascendant sur elle. Des relations sexuelles se renouèrent, sur son ordre à lui et malgré la répugnance qu'elle en éprouvait. Sûr de son absolue soumission, il lui enjoignit un jour de dérober une série de coupures à la Banque et de les lui remettre. Il lui fit entendre également qu'elle devrait, au cours d'une nuit qu'il fixerait, lui ouvrir la porte de l'appartement occupé par ses parents et l'assister dans le cambriolage qu'il se proposait d'exécuter.

Cette jeune fille, jusque-là parfaitement honnête et dont la probité se nuancait même de scrupules ainsi que nous avons coutume d'en observer chez les obsédés constitutionnels, ne résista point à l'ordre qui lui était donné. Elle saisit une liasse de billets représentant, si je ne me trompe, une somme de 30.000 francs et la remit à son amant. Elle

se sentait de même incapable de ne pas ouvrir, quand il l'exigerait, la porte de l'appartement de ses parents, malgré la conscience qu'elle avait de leur assassinat possible s'ils venaient à se réveiller au cours du cambriolage projeté et malgré l'ardent amour filial qu'elle ressentait pour eux. Mais le vol avait été découvert rapidement, elle fut arrêtée et ses aveux entraînèrent l'arrestation de son instigateur, qui ne put nier le rôle actif et capital joué par lui.

Il fut sévèrement condamné, tandis qu'elle fut acquittée, toute son histoire pathologique antérieure plaidant pour son irresponsabilité du fait qu'elle avait été contrainte à commettre l'acte qui lui était reproché par une force à laquelle elle n'avait pu résister.

OBSERVATION III. — *Vol commis par une femme sous la domination d'un séducteur. Lutte difficile pour résister à l'assassinat de ce dernier ordonné par le mari. Tentative commandée de suicide.*

Mme de Z., 36 ans, appartenant à la meilleure société et fille d'une mère ayant présenté de nombreuses crises convulsives hystériques, se rend un jour dans un cinéma où elle avait l'habitude d'aller se distraire. Elle est frappée à un certain moment de l'allure étrange d'un de ses voisins qui la fixe obstinément et cherche à attirer son regard. Elle se sent troublée et à la fin du spectacle ne peut faire autrement que de le suivre dans la rue bien qu'elle ne le connût point et qu'il ne lui ait même pas parlé. Elle fait quelques pas avec lui et se laisse donner un rendez-vous à quelques jours de là. Elle s'y rend sans que la conscience de son incorrection suffise à l'arrêter. Elle se promène avec cet homme, s'affichant ouvertement avec lui et créant ainsi par le contraste de son attitude nouvelle avec sa vie passée un scandale manifeste. Elle reçoit de lui quelques caresses, quelques baisers, mais se défend énergiquement, malgré les apparences les plus fâcheuses, d'avoir jamais été sa maîtresse.

Cet homme, sûr à présent d'elle, lui enjoint de lui verser de l'argent. Sous un prétexte quelconque, elle emporte une somme d'environ 25.000 francs appartenant à son frère et la lui remet. Il lui demande de lui donner d'abord quelques menus bijoux, puis tous ses bijoux, perles et diamants, après qu'elle aura sur leur monture fait poser de fausses pierres. Elle ne se sent pas capable de s'y refuser. Mais l'opération doit être menée avec prudence pour ne pas éveiller l'attention publique. A ce moment, la femme est dénoncée au mari qui prétend se venger cruellement d'autant qu'il soutient qu'elle aurait envisagé son propre assassinat.

Cherchant à son tour à imposer sa volonté à celle qui a jeté sur son nom tout l'opprobre de la ville, il exige d'elle qu'elle tue son amant ou supposé tel et lui arrache le serment de lui obéir. Niant l'adultère qui nous paraît effectivement n'avoir pas été consommé, elle s'efforce de se soustraire à cette injonction et lutte désespérément contre l'ordre marital. Elle s'épuise en de tels efforts et, très déprimée, doit nous être adressée par la famille après avoir présenté trois grandes crises hystériques, les premières en date.

Nous assistons alors à une longue et tenace objurgation du mari qui, séparé de sa femme, la pousse par lettres et à coups de téléphone précipités d'accomplir le geste qu'il réclame : « N'oublie pas, lui écrit-il, ce que tu as juré d'une façon sacrée d'accomplir, et l'heure a sonné... ».

Soutenue par notre présence et notre appui, elle résiste : « La seule réponse que je puisse faire à ta lettre est que je jure d'avoir agi contre ma volonté, comme poussée par une force irrésistible ; j'étais malade, je m'en rends compte et paie durement par l'éloignement un fléchissement de ma volonté. N'ayant pas fauté malgré toutes les apparences, tu n'as pas le droit de me pousser à assassiner quelqu'un et à déshonorer réellement nos enfants que tu empêches de m'écrire. Je prends la décision formelle de vivre dans le repentir et de ne pas obéir au serment que tu m'as imposé. »

Ne parvenant pas au but qu'il poursuit, le mari chapitre son propre fils, âgé d'une douzaine d'années, et le dominant facilement s'en sert pour presser Mme de Z. d'exécuter le crime. Nous copions les deux lettres suivantes :

« Chère Maman, j'ai été aujourd'hui au cimetière avec papa et je lui ai juré volontairement que si toi, qui es la cause de tout ce qui se passe, tu ne fais pas justice, je le ferai moi-même. Je suppose que tu verras la nécessité de le faire toi-même et non moi, puisque je n'ai aucune faute de tout ce malheur. Je l'ai juré à papa, à condition qu'il respecte ta vie et la sienne, car il faut qu'il vive pour les petites et pour moi. Il ne doit pas se sacrifier. Regarde donc que le chemin que tu prends est mauvais. J'ai été avec papa l'autre jour au téléphone et j'ai été très étonné que tu n'y viennes pas en donnant une excuse que nous savons fausse, car tu es venue le premier jour qu'il t'a appelée au nom d'une autre personne.

« Maman, on dirait complètement que tu veux te moquer de nous, car c'est un vrai scandale de ne point répondre aux lettres de papa ni aux miennes après avoir sollicité que nous t'écrivions... Le fait de ne point venir au téléphone (1)

(1) C'est nous qui le lui interdisions.

et de dire à papa de ne pas se faire d'illusions après lui avoir juré ce que tu sais et même le lui avoir fait dire par la bouche d'une domestique montre que tu ne te repens pas.

« Au moins tu devrais te sentir mère et le faire pour nous, car tu n'as pas le droit de nous avoir mis au monde pour nous déshonorer. De plus, il me semble que tu t'apercevras qu'il convient que papa aille à Paris pour te ramener ici et que tu fasses ce que tu sais et sans autre intention qui puisse augmenter notre malheur. Il semble impossible que depuis tant de temps que tu as eu pour réfléchir, tu n'aies encore rien fait pour nous prouver que tu ne nous as pas sacrifiés à tous ; c'est à toi maintenant qu'il correspond de te sacrifier en nous prouvant par des faits et non par des paroles que tu hais la personne qui avec toi a élaboré notre malheur en nous déshonorant...

« Tu sais ce que je t'ai dit dans ma dernière lettre, que si tu ne fais pas ce que tu dois, je le ferai moi-même, accomplissant mon devoir, car nous savons que tu voulais assassiner papa d'après tout ce que tu faisais et préparais contre lui. Tu dois donc savoir que je ne crains rien et, comme je ne suis pas nécessaire en ce monde comme papa l'est pour nous, je suis disposé, et je te le jure sur la santé des petites sœurs, au sacrifice que tu aurais dû faire toi-même si tu aimais papa comme tu le disais dans les premières lettres que tu m'écrivais et si tu étais une bonne mère comme tu le devrais... »

A la lecture d'une pareille lettre la mère est ébranlée et elle sent fléchir sa résistance malgré les encouragements que nous lui donnons. Ramenée au milieu des siens, elle se soumettrait... Nous sentons l'imminence du drame et faisons prévenir alors par la malade, malgré le souci que nous avons de laisser respecter intégralement un tel secret, une personne de la famille que nous jugeons à bon droit capable d'empêcher, au besoin par la force, un dénouement tragique. Nous arrêtons un plan d'action en cas d'arrivée subite du mari.

D'autres appels téléphoniques, d'autres lettres suivent, pressantes. Citons encore celle-ci : « La moquerie, l'ignominie ne peuvent plus se surpasser. Tu veux que ton fils, que le père de tes enfants soient ceux qui fassent non ce que tu dis que l'on t'impose, mais ce que volontairement et moqueusement tu m'as offert. Tu dis que tu ne veux pas être criminelle, et tu l'es à un degré et dans des proportions inconnues jusqu'à ce jour. Tu m'as bien confessé que si l'on m'avait assassiné, tu y aurais collaboré, quoique cherchant ensuite à atténuer ton aveu en disant que l'on ne savait pas

qui aurait fait feu le premier. Tu savais parfaitement que depuis mon mariage jamais je ne portais d'arme sur moi...

« Tu préfères que moi, que ton fils même, ne pouvant plus y résister (parce que ce n'est plus une vie) soyons ceux qui devons nous perdre, appelant un assassinat le geste que revendiquerait notre honneur ! Poussés par ce que tu appelles, toi, *ta force irrésistible*, nous devons nous perdre pour toi ! Tu prétends et tu préfères que nous souffrions comme un souvenir martyrisant l'éternel témoignage de notre malheur et notre désespoir ! Non ! Non ! Et non et mille fois non ! Ni moi, ni ton fils ne devons ni ne pouvons le supporter ; tiens-toi-le bien pour dit... Cela n'est pas une vie !... Epouse considérée par le monde comme la plus grande des prostituées, femme impure, mère dénaturée, meurtrière de la vie et de l'honneur de mes enfants et de leur père qui t'adorait et te vénérât, que la malédiction éternelle retombe sur toi ! Meurs ! meurs ! Meurs, meurtrière de mes enfants qui t'adoraient ! Même ta propre mère te préférerait mille fois morte que telle que tu es... Morte, tes frères... et mille fois morte nous aurions préféré te pleurer tous que de te voir ce que tu es... *Meurs*, car sans dignité, sans honneur, sans honnêteté, l'on ne vit pas... Meurs ! ».

Cette dernière suggestion, plus facile à exécuter, est écoutée. Notre malade accomplit une tentative de suicide par empoisonnement qui la met en danger. Immédiatement traitée, elle se rétablit cependant et nous assistons à une série de crises hystériques typiques.



Malgré l'absence de toute manœuvre hypnotique effectuée par le dominateur et la conscience absolue pour le sujet de l'acte délictueux ou criminel qui lui a été commandé et qu'il a exécuté, il est évident que l'irresponsabilité s'impose et que l'article 64 du Code pénal doit être invoqué.

La volonté subjuguée a été contrainte à l'obéissance par une force supérieure à laquelle elle ne pouvait résister. C'est ainsi, d'ailleurs, qu'a dû le comprendre le Tribunal appelé à juger notre deuxième cas et qui a prononcé l'acquittement de la jeune fille inculpée et la condamnation de l'instigateur du vol soumis à son appréciation.

DÉSERTION EN PRÉSENCE DE L'ENNEMI

MÉLANCOLIE APRÈS L'ACTE

Par R. BENON

Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice Général de Nantes

SOMMAIRE. — *Rareté relative des maladies mentales qui se développent après l'infraction commise. Fréquence des phénomènes hyperthymiques au début des fugues. Délire mélancolique terminé par état déméntiel (?), hypoaffectivité probablement fondamentale. Juridiquement, non-lieu, puis réforme avec pension.*

**

La guerre de 1914-1918 nous a fourni l'occasion d'observer en matière de fugue pathologique les cas les plus variés comme motifs, mobiles, circonstances et troubles de l'activité. L'observation que nous rapportons est intéressante au point de vue clinique ; le début de la mélancolie a été lent, mais curieusement et gravement progressif ; l'état actuel du malade est si différent de l'état qu'il a présenté quelques mois après l'acte, que la nature de l'affection mentale serait totalement méconnue dans ses origines si nous ne possédions les détails précis recueillis dès le début. De pareils cas sont instructifs pour l'étude de l'évolution des maladies mentales. Au point de vue médico-légal, cette observation établit la complexité de la question de la responsabilité du sujet au moment de l'acte.

**

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Soldat, 38 ans (1915). Désertion en présence de l'ennemi le 2 janvier 1915 ; arrestation le 1^{er} février 1915 ; complicité partielle des membres de la famille. Pas de troubles mentaux à proprement parler au moment de l'acte, mais perturbations profondes de l'émotivité (peurs, chagrins, contrariétés). En septembre 1915, syndrome mélancolique bien caractérisé. Illusions. Hallu-

cinations. Interprétations délirantes. Insomnie. Tendance à l'anxiété. — Juillet 1916 : toujours mélancolique. Depuis 1918 : symptômes d'indifférence affective ; propos incohérents sans délire précis. Démence vésanique.



Le soldat Créhelf..., Jean-François-Marie, du ...^e régiment territorial d'Infanterie, cultivateur, 38 ans (né le 2 octobre 1876 à S..., canton de S...), inculpé de désertion en présence de l'ennemi, est entré au Q. des M. M. de l'H. G. de N., le 6 juillet 1915.

1) **Les faits.** — Le soldat C... a déserté le 2 janvier 1915 dans les circonstances suivantes : il se trouvait de service dans une tranchée en Argonne, à St-Florent. Ayant eu peur d'être pris par les Allemands, qui effectuaient un mouvement tournant, il s'est enfui, abandonnant ses armes et son équipement. Il se réfugia à Bar-le-Duc où, au lieu de se présenter immédiatement à l'autorité militaire, il resta pendant tout le mois de janvier, logeant d'abord dans un hôtel meublé, puis chez des habitants. Il avait reçu cent francs de sa famille. Il chercha constamment à se dissimuler chez des logeurs, sous de faux-noms, se faisant adresser une partie de ses correspondances au nom de « Genaïte ». Il fut arrêté le 1^{er} février à Bar-le-Duc après une absence illégale de vingt-neuf jours.

2) **Le dossier.** — Au dossier figurent quelques pièces qui paraissent établir qu'il y a eu accord entre lui et sa famille au sujet de sa désertion. L'inculpé avoue qu'il avait demandé aux siens de lui écrire sous le nom d'emprunt de « Genaïte ». Une lettre qu'il a reçue, démontre l'exactitude de ce fait ; elle est adressée à « M. Genaïte, chez M. Thérion, Hôtel de la Poste, Bar-le-Duc, Meuse. » D'autre part, nous relevons dans les diverses lettres saisies par l'autorité judiciaire certaines phrases significatives ; ces lettres lui étaient envoyées par sa filleule : « Riciaux a écrit... Il dit que vous avez disparu depuis un moment. Nous, on dit que vous ne nous écrivez pas. Faites comme vous pourrez pour vous tirer... Si vous êtes pris, ce sera de la prison après la guerre... On vous a sauvé d'une peine, mais de l'autre on ne peut. On ne vous voit pas frais... Si vous voulez aller au dépôt, vous direz que vous avez été fait prisonnier. Que voulez-vous que je vous dise ? Faites votre possible pour vous tirer... Vous nous dites que vous resteriez (là-bas) le temps de la guerre. Oui, ce serait plus facile de vous tirer comme ça... On sait bien que ça va vous coûter un peu cher (d'argent), mais la vie avant tout... La

lettre que je vous ai envoyée le 29, vous ne l'aurez pas reçue (il avait changé de domicile). Ils vont bien voir ce que je vous ai dit, mais je n'avais pas mis mon nom... »

Le soldat C... fut incarcéré à la prison militaire de N..., le 4 mars 1915 ; le 25 juin, il entra à l'Hôpital Militaire B... pour être dirigé le 6 juillet sur l'Asile des Aliénés de N..., avec le diagnostic de mélancolie délirante (certificat de M. le Dr Drevon, Médecin Principal de 2^e classe de réserve, Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire B...).

3) Examen médical spécial, état actuel. — Nous avons examiné le soldat C... au point de vue mental et au point de vue physique.

Etat mental. — Il présente actuellement le tableau clinique de la mélancolie compliquée d'asthénie. Il est triste, sombre ; il ne parle à personne ; par moments, il pleure. Il s'exprime lentement et difficilement. Il est abattu.

Il répète sans cesse : « Je suis condamné à mort. J'ai fait une faute grave, j'ai déserté devant l'ennemi, je suis condamné à mort.

« — D. Mais vous n'avez pas été jugé ? — R. Il n'y a pas besoin d'être jugé. Quand on est condamné à mort, il n'y a pas besoin de tribunal... Je serai fusillé comme ça. Ma mère est morte, je l'ai entendu dire par les autres (sa mère est vivante). Ils en parlaient entre eux. J'ai bien compris ce qu'ils disaient (interprétation délirante). » Il refuse les aliments qu'on lui présente, en disant qu'il n'est pas digne de les consommer. Une fois il a repoussé ces aliments en déclarant qu'ils étaient empoisonnés.

Il tressaute au moindre bruit. Une voiture passe dans la cour, il regarde, inquiet ; il croit qu'on vient le chercher pour le fusiller.

La nuit il ne dort pas. S'il s'endort, il se réveille bientôt en sursaut : « Il voit des morts, il entend des appels. »

Il se sent faible, anéanti, déprimé, sans vigueur. Durant l'examen, il reste inerte devant nous, gesticulant à peine. Il répond avec effort aux questions qui lui sont adressées. Il a des troubles de la mémoire. Il parvient difficilement à nous donner les prénoms et âges de ses frères et sœurs ; il précise mal les dates qui ont trait aux événements récents, etc... (anidéation). Il ne peut plus faire de lettre à sa famille, sa vue se trouble.

« D. Est-ce que vous souffrez ? — R. Je me sens malade... J'ai tellement de chagrin et de regret de ce que j'ai fait. »

Il accuse de l'épigastralgie, de la céphalée, de la rachialgie, des étourdissements, de l'anorexie.

Nous ne constatons pas d'idées de persécution, ni idées de suicide, ni affaiblissement intellectuel.

Relativement à sa *désertion*, il répond : « Je ne saurais vous dire comment j'ai déserté ; je ne me remets pas...

« D. Vous avez déclaré que vous aviez été chargé par le caporal d'aller dire à votre chef de section que les Allemands effectuaient un mouvement tournant ? — R. Cela se peut. Je ne sais plus.

« D. A un autre moment, vous avez dit que vous étiez sorti de la tranchée pour aller dans un bois satisfaire un besoin naturel ? — R. Je ne me remets pas. J'avais la tête complètement perdue par la peur.

« D. — Qu'avez-vous fait, une fois parti ? — R. Une fois parti, j'ai marché pendant cinq au six jours sans savoir où j'allais et sans manger...

« D. Mais les lettres que vous avez écrites de Bar-lé-Duc et celles que vous avez reçues, démontrent que vous étiez conscient de ce que vous faisiez ? — R. Oui, il y avait des moments, peut-être... »

Etat physique. — L'état somatique général est plutôt précaire. Le malade est amaigri, pâle. A plusieurs reprises, nous avons constaté chez lui de légers mouvements fébriles : 38°7-38°2. L'examen physique des organes est cependant resté négatif.

4) *Histoire clinique.* — Il résulte de notre examen du soldat C... que deux choses, depuis la guerre, l'ont particulièrement impressionné. D'abord, il a fait partie à l'arrière, dans la Marne, durant environ un mois (septembre et octobre), d'une équipe chargée de ramasser et d'enterrer les morts. Il raconte : « Les uns creusaient les fosses ; les autres (il était de ces derniers) chargeaient les morts sur des brancards et les transportaient dans les fosses. Cela me bouleversait. Il y en avait qui étaient morts depuis quinze jours, trois semaines. On voyait ça et là des jambes, des bras... On mangeait à côté des morts. On ne trouvait rien à boire ; l'eau était empoisonnée. Je ne dormais plus la nuit. Un jour, on en a mis cinq cents de la Coloniale dans une fosse... » Il ajoute qu'au bout d'un mois il est tombé malade ainsi que plusieurs autres de ses camarades et qu'il eut longtemps de la diarrhée. Après guérison de ces troubles intestinaux, il fit le service des tranchées (il n'a pas été possible de savoir pendant combien de jours). Le 2 janvier, il désertait ; le 1^{er} février il était arrêté et le 4 mars incarcéré à la Prison militaire de N...

Le fait d'être emprisonné a produit chez le soldat C... une réaction émotionnelle extrêmement intense ; il répète

à chaque instant : « J'ai pris ça trop dur que je serais puni. Il faudra bien l'endurer puisque j'ai fait mal. Ça ne me fait rien d'être fusillé. » Cette crainte permanente d'être passé par les armes sans jugement est apparue chez le sujet à la prison, vers le commencement de juin. Comme elle s'accompagnait de l'expression d'idées délirantes mélancoliques et d'un certain degré d'agitation, elle entraîna le placement à l'hôpital militaire et enfin à l'asile des aliénés.

5) *Antécédents.* — Les renseignements que nous possédons sur l'inculpé nous ont été fournis en partie par lui-même ; les autres figurent au dossier. — Son père est décédé à 60 ans en 1909 (la cause de la mort est restée imprécise). Sa mère, vivante et bien portante, a eu dix enfants ; un seul est mort en bas-âge. Ses quatre frères et ses deux sœurs sont en bonne santé ; cependant, ses deux frères aînés ont été réformés du service militaire (?). Deux de ses cousins germains auraient « folé » (perdu la raison).

Personnellement, il a eu une fièvre typhoïde à 19 ans et une fluxion de poitrine à 32 ans. Il sait lire, écrire et compter, il a fait quelques études primaires dans une communauté religieuse. Ensuite, il a servi comme domestique dans plusieurs maisons bourgeoises. Il était considéré comme intelligent, mais de caractère timide, craintif. La guerre l'avait beaucoup frappé et il avait dit qu'il y trouverait la mort. Il est célibataire.

Mobilisé dès les premiers jours, il est parti sur le front à la date du 16 août 1914.

6) *Evolution.* — L'état hyperthymique délirant est resté stationnaire durant deux ans environ, puis sont apparus des symptômes d'indifférence affective et d'incohérence de l'idéation.

3 août 1915. — Le malade, présenté devant la Commission de réforme, a fait l'objet de la réforme n° 2.

Novembre 1915. — Sa famille est venue le voir. Il est resté sombre, il a peu parlé. Il reconnaît avoir abandonné son poste en lignes. On lui dit :

« D. Pour quels motifs avez-vous déserté ? — R. Je ne sais pas. Je ne me remets pas bien comment j'ai quitté la tranchée. Ça doit être à mon premier ou deuxième jour de tranchée que je suis parti... Oui, j'avais peur. Ça m'avait déjà beaucoup tapé dans la tête quand j'avais été commandé pour enterrer les morts ; ça m'effrayait, ça me faisait trembler tout le corps de les regarder... On m'a dit à la prison (en juin 1915), que je serai fusillé. Ça m'est égal maintenant d'être fusillé. Ça ne me ferait rien non plus d'aller au front, je n'ai pas rempli mon devoir.

« D. Vous vous cachiez de la police ? — R. Oui, je ne savais pas trop ce que je devais faire. »

Il reconnaît avoir dissimulé son identité. Il se rend compte qu'il a fauté, il le regrette.

Juillet 1916. — Il a toujours peur d'être fusillé. Si on lui explique qu'il n'a rien à redouter et qu'il est en traitement dans un hôpital, il demande qui va payer sa pension. Il a dit à sa mère : « J'avais peur de ramasser mes frères morts. » (Il avait trois frères à la guerre ; l'un d'eux a été tué à Verdun). Un de ses camarades a rapporté que dans la tranchée, il n'avait pas la tête à lui.

Novembre 1916. — Par intervalles, il apparaît, au point de vue mental, comme nettement amélioré ; il écrit chez lui des lettres correctes et demande à aller dans sa famille pour travailler. On cherche à l'occuper dans la section, mais en vain. A d'autres moments, c'est au front qu'il veut partir pour racheter sa faute. Il a quelquefois des cauchemars : il se réveille en criant et dit que des souris lui passent sur le corps.

Décembre 1917. — Le malade n'a pas continué à réclamer sa sortie. Il reste toujours inactif. Quelquefois, il parle seul. Un jour, il dit que ses camarades lui « passent des gaz par la bouche ».

Septembre 1918. — C... a beaucoup changé au point de vue psychique. Il reçoit sa famille avec indifférence. Il parle continuellement et seul. Il tient des propos incohérents. On le comprend difficilement parce qu'il parle sur le ton d'un religieux au chapelet ; les phrases se suivent sans interruption ; le tout est très confus. Par moments, cependant, il demande encore à quitter l'établissement.

Juillet 1919. — Le malade annonce un jour qu'il va partir le soir même à sept heures (hallucinations de l'ouïe possibles). Il parle toujours seul. On saisit quelques mots : « Honteux, partir, assassins ;... c'est vous qui devriez être puni... »

Décembre 1919. — Calme, docile, mais ne travaille pas, quoiqu'on l'en ait prié à plusieurs reprises.

Il dit au sujet de sa désertion : « Je n'ai pas déserté du tout. Je suis rentré comme les autres. »

« D. Cependant vous avez été mis en prison ? — R. Comme les autres... »

— D. Comment se fait-il que vous êtes dans un hôpital ? — R. Comme les autres... Ici, je surveille...

— D. Qu'est-ce que vous surveillez ? — R. Si quelqu'un se trouve malade... Je ne devais pas être soldat, puisque j'ai eu un panaris au pouce droit. »

Le malade a-t-il de l'affaiblissement intellectuel ? On note quelques troubles de la mémoire et de l'attention. Il se montre très indifférent à tout ce qui l'entoure : il n'exprime nettement ni désir ni inclination.



Cette observation est instructive au point de vue clinique et spéciale au point de vue médico-légal.

Partie clinique. — Notre malade a présenté successivement deux états psychopathiques bien différents.

La première phase de l'affection est caractérisée par un délire mélancolique sensiblement classique, développé après le délit et sous l'influence du regret de la faute commise. Avant la désertion, le sujet a offert à l'examen des troubles émotionnels, des phénomènes hyperthymiques d'ordre anxieux ; il avait été vivement impressionné par le tableau des morts de la Marne qu'il avait enterrés, mais il n'était pas délirant à proprement parler. La mélancolie est apparue secondairement à la désertion. L'état du malade s'est probablement aggravé aussi à la prison, quand les camarades, le voyant affecté, lui ont répété quotidiennement : « Tu seras fusillé. » Il est établi, pour nous, — signalons-le en passant, — que la grande majorité des psychoses dites pénitentiaires sont d'origine émotionnelle.

Actuellement, et depuis 1917-1918, le délire mélancolique a disparu ; le malade exprime de vagues idées de persécution, basées peut-être sur des hallucinations ; mais, surtout, il accuse des signes d'indifférence affective. Ces phénomènes hypothyriques paraissent analogues à ceux qu'on observe dans la démence précoce ou dans la démence vésanique.

Cette observation met en relief l'importance, au début des fugues, des troubles de l'émotivité : l'étude critique psycho-clinique de ces réactions spéciales serait à reprendre. Régis ne publie-t-il pas (en 1893, il est vrai) un cas de fugue hyperthymique sous le titre d'automatisme ambulatorie hystérique(1) ; son observation est très intéressante à lire, mais le mot d'automatisme convient peu à de pareilles manifestations psychiques.

Partie médico-légale. — Lorsque le soldat C... a accom-

pli sa désertion en présence de l'ennemi, il jouissait, médicalement et pratiquement parlant, de la plénitude de ses facultés mentales ; il n'offrait à l'examen, notamment, aucune idée délirante de mélancolie ou de persécution ; il n'avait encore ni illusions, ni hallucinations. Toutefois, il était la proie d'émotions afflictives de nature anxieuse ; n'étant plus maître de lui, il était poussé à s'échapper, à fuir la ligne de combat.

Durant sa fugue, c'est-à-dire pendant près d'un mois, il a lutté moralement, il a souffert, mais sans se décider à réintégrer son corps. C'est à la prison qu'est apparu le délire et qu'il s'est organisé.

Cet état mélancolique postérieur à l'acte délictueux devait-il entraîner l'irresponsabilité du patient au moment de l'acte ? Le soldat C..., atteint de délire, ne pouvait être conduit au tribunal pour y être jugé. Un non-lieu, en conséquence, fut prononcé.

Actuellement, comme l'affection mentale du patient s'est développée à l'occasion de la guerre, il jouit d'une réforme avec pension.

Un tel exemple pourra contribuer à établir la complexité des problèmes juridiques : la question de fait ici prime la question de droit.

Conclusions. — Il est assez rare qu'une maladie mentale se développe après le crime ou le délit. Dans le cas actuel, le regret de la faute accomplie (désertion en présence de l'ennemi), la crainte d'être fusillé, ont joué un rôle dans l'apparition du délire. Le patient avait présenté à la guerre des troubles émotionnels d'ordre anxieux (peur des morts). Les phénomènes hyperthymiques sont fréquents au début des fugues et désertions. Chez notre malade, après plusieurs années de traitement, on constate des signes d'indifférence émotionnelle, et le délire est vague, incohérent (démence vésanique ou démence précoce). Un non-lieu a été prononcé en faveur de l'inculpé quoique la mélancolie fût postérieure à l'infraction commise. Réformé n° 2, en 1915, ce militaire a été réformé avec pension en 1919.

(1) RÉGIS (E.). — *Un cas d'automatisme ambulatoire hystérique* (Jour. de méd. de Bordeaux, 1893. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1893, 3 février).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 24 JUILLET 1922

Présidence de M. TOULOUSE, Président

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance de juin.

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r Eissen (de Stephansfeld) qui remercie la Société de l'avoir élu membre correspondant national ;

une lettre de M. le D^r Levassort, secrétaire général de l'Association des Médecins de France au sujet de la création à Paris d'une « Maison Médicale » et demandant à la Société de désigner un délégué à la Commission d'études qui sera chargée d'examiner les meilleurs moyens de réaliser ce projet.

La Société, consultée, charge son secrétaire général de se mettre en rapport avec le D^r Levassort ;

une lettre de M. Paul Strauss, Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, que nous reproduisons :

Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales à M. le Président de la Société Médico-Psychologique.

Paris, le 11 juillet 1922.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

J'ai été saisi de propositions tendant à autoriser l'installation dans quelques asiles, de services ouverts de « petits mentaux ».

Je serais très heureux de connaître l'avis de votre Société sur cette question et notamment sur la définition des malades petits mentaux qui seront hospitali-

sés éventuellement dans les services ouverts ; cette définition me paraît, en effet, devoir être tout d'abord précisée, avec la plus grande rigueur et d'une façon strictement limitative, puisqu'il s'agit d'une dérogation aux lois en vigueur.

J'attacherai du prix à connaître votre avis le plus tôt possible.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

Paul STRAUSS.

DISCUSSION

M. SEMELAINNE. — Je tiens à faire une simple observation, peut-être un peu tardive, et sans grand espoir de réussite, car il est difficile de renoncer, une fois acquise, à une mauvaise habitude. L'expression de petits mentaux me semble incorrecte; mental n'étant pas un substantif, mais un adjectif ; un étranger, entendant parler de grands et petits mentaux, serait en droit de supposer qu'il s'agit du degré d'ampleur d'un vêtement.

Mais ce n'est là qu'un point de minime importance, et la question est autrement vaste. On se complaît de plus en plus à forger des néologismes, souvent barbares. Pour une telle besogne, parlementaires, journalistes et médecins rivalisent de zèle, et les aliénistes, malheureusement, n'ont pas su éviter la contagion. Aussi la langue française, pourtant si claire et si précise, dégénère en charabia. Une réforme s'impose, et j'estime qu'il appartient à la Société médico-psychologique, gardienne de nos traditions, d'épurer le langage scientifique.

M. ROGER DUPOUY. — Il nous paraît facile de répondre à M. Strauss, mais la *définition* qu'il nous demande doit être uniquement d'ordre pratique. Elle ne saurait être d'ordre scientifique.

Nosologiquement parlant, en effet, il est impossible de dresser une liste des affections mentales susceptibles d'être rangées dans la catégorie des « petites psychopathies », pas plus que nous ne saurions élaborer un catalogue complet des « grandes maladies mentales ».

Le mélancolique est tantôt un petit mental, un simple déprimé que l'on décorera volontiers du terme de neurasthénique, tantôt un grand aliéné à réactions suicides, parfois même à idées de suicide collectif ou à impulsions homicides.

L'obsédé, type banal du *petit mental*, peut s'élever en grade et devenir un délirant systématisé, interprétatif ou halluciné, capable de commettre un acte malheureux au cours d'un raptus anxieux ou bien sous l'influence d'une hallucination impérative ou d'une idée délirante d'influence.

Le paralytique général enfin qui est par excellence le malade d'asile peut ne jamais délirer et se montrer jusqu'au bout de son affection un simple dément, inoffensif, docile, partiellement conscient de sa situation et de ses actes, à sa place dans un service ouvert d'hôpital ou de maison de santé.

La définition demandée par M. Strauss ne comporte donc pas de terme nosologique.

Au surplus, ce n'est pas là ce qui intéresserait beaucoup M. Strauss. La question est du domaine essentiellement, exclusivement pratique. Elle vise, en réalité, à définir les malades susceptibles d'être traités dans un service libre sans être assujettis au régime de la loi de 1838, et étiquetés « petits mentaux » pour être ainsi séparés des malades dits « aliénés ». La définition du petit mental s'opposera donc à celle de l'aliéné.

Or celle-ci a déjà été traitée, par la parole et par la plume, par de nombreux auteurs parmi lesquels je rappellerai Dupré et Gilbert Ballet. Je ne pense pas devoir exposer à nouveau leur opinion, certainement présente à votre mémoire. M'inspirant d'elle, et me servant autant que possible des termes mêmes de la loi de 1838, je dirai que nous devons considérer, au point de vue pratique qui seul nous occupera en ce moment, deux grandes catégories de malades mentaux :

1° ceux qui sont internables d'office, parce que dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui, ou bien rebelles à toute cure libre (malades protestataires de Gilbert Ballet). Ce seront, si vous voulez, les grands aliénés,

ceux dont l'état d'aliénation mentale, aux termes de l'article 18 de la loi de 1838, compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes ;

2° les malades qui sont inoffensifs aussi bien pour leur propre personne que pour celle d'autrui et qui ne formulent aucune protestation formelle contre leur traitement. Certains de ces malades peuvent être l'objet d'un certificat d'internement, volontaire cette fois et non plus d'office, soit parce que dans un but thérapeutique leur admission à l'asile d'aliénés est sollicitée par eux-mêmes ou par leur famille, soit parce que, incapables de gagner leur vie et de subvenir aux frais d'un établissement privé, ils n'ont d'autre ressource, pour avoir à la fois abri, nourriture et protection, que de se faire hospitaliser sous l'étiquette de malade aliéné dans le même établissement que les malades dangereux, les agités, les impulsifs, les criminels.

Ce sont ces malades inoffensifs et dociles que nous appellerons des petits mentaux pour les distinguer des autres, les grands aliénés.

De quoi est faite la barrière qui sépare ceux-ci de ceux-là ? D'éléments cliniques tels que l'affaiblissement intellectuel ou l'existence d'un délire ? Non, elle est uniquement constituée par leurs tendances réactionnelles qui les poussent à faire du scandale, à accomplir un délit, à commettre un crime. C'est ce que disait déjà Dupré en 1904 : « un grand nombre de malades étudiés par le psychiatre, n'ayant jamais commis un seul acte étrange, dangereux ou répréhensible, n'ayant jamais nécessité l'intervention des autorités administratives ou judiciaires, ne sont pas, par définition, des aliénés. N'ayant jamais relevé du magistrat, ne relevant que du médecin, ces malades ne diffèrent des aliénés que par les conséquences de leur affection mentale ».

Nous ne pouvons accepter la thèse édifiée en certains milieux, que tout délirant, tout halluciné, tout malade ne jouissant pas de la pleine conscience de sa situation et de ses actes, doit être considéré comme un aliéné, être inexorablement exclu de tout service ouvert et fatalement interné à l'asile sous le couvert de

la loi de 1838. Cette loi n'a jamais dit pareille chose. Son article 14 déclare qu'un malade mental ayant fait l'objet d'un placement volontaire, peut sortir non guéri de l'asile ; elle lui reconnaît donc le droit de se faire traiter ailleurs que dans les services d'aliénés. Bien mieux, son article 25 laisse entendre que si certaines conditions ne sont pas remplies, l'asile ne devra pas accepter, malgré leurs sollicitations ou celles de leur famille « les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes ».

Les malades, communément appelés aujourd'hui petits mentaux, sont ceux qui pratiquement sont justiciables de la cure libre. Appartenant aux groupes disparates des neurasthéniques, des psychasthéniques, des déprimés, des exaltés sans réactions dangereuses, des obsédés, des épileptiques ou des hystériques, des intoxiqués, des arriérés, des affaiblis intellectuels, ils peuvent être plus ou moins hors d'état d'exprimer leur volonté (aphasique et paraphasique, grand arriéré, dément sénile, narcoleptiques...) ; ils peuvent délirer plus ou moins franchement (confusion mentale des états crépusculaires post-épileptiques, des pyrexies graves, des intoxications aiguës ou subaiguës ; délires vagues et inconsistants de certains hypocondriaques, débiles ou affaiblis intellectuels...) ; ils peuvent même parfois ébaucher quelque timide ou incomplète récrimination contre leur séjour à l'hôpital (à côté des malades conscients de leur état et réclamant eux-mêmes des soins, Gilbert Ballet place les malades, les uns conscients, les autres partiellement conscients ou inconscients de leur trouble mental, ne demandant pas eux-mêmes des soins mais s'y soumettant sans protestation, ou ne protestant qu'accidentellement d'une façon transitoire et peu cohérente). Ils ne sont point pour cela condamnés à l'internement ; ils doivent pouvoir être reçus, sous la dénomination consacrée de petits mentaux, dans les services ouverts publics ou privés.

Nos conclusions sont donc les suivantes.

1° Parmi les malades mentaux, les uns, que vise l'article 18 de la loi de 1838, sont les aliénés *devant être internés*.

2° Les autres, dont l'état morbide n'est pas de nature à compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, peuvent recevoir l'appellation de *petits mentaux*.

3° Ces petits mentaux, malgré que leur état psychopathologique permette parfois leur admission dans un asile d'aliénés, *doivent pouvoir être traités en service ouvert*.

M. RENÉ CHARPENTIER. — Je suis très surpris d'entendre M. Roger Dupouy reprendre à son compte et employer la mauvaise expression de « petits mentaux » si justement repoussée par M. Semelaigne. Cette expression, mauvaise, incorrecte, ne signifie rien. Cela ressort d'ailleurs des paroles mêmes de M. Roger Dupouy. On s'explique le désir de M. le Ministre d'en obtenir la définition. Employée rapidement pendant la guerre, elle lui a d'abord survécu dans les milieux médicaux, puis a fait fortune dans les milieux administratifs ainsi que le prouve la lettre objet de cette discussion. Elle gagnera bientôt le grand public. Si on laisse baptiser du nom de services de « petits mentaux » les nouveaux services consacrés à l'Assistance libre, on voit d'ici le succès de ce vocable. Ce n'est pas ainsi, je le crains, qu'on réalisera le désir que nous avons tous de voir traiter librement ces malades dans des services dont la fréquentation n'entraîne pas pour eux une véritable tare, conséquence d'un préjugé tenace.

Cette expression, mauvaise, mal formée, et d'une signification plus qu'imprécise, ne devrait pas figurer dans notre vocabulaire. Etiqueter ainsi les services ouverts serait nuire, je le crains, très gravement à l'Assistance libre.

Je crois donc que notre réponse devrait d'abord repousser cette expression qui ne veut rien dire, avant de tenter de déterminer quels sont les malades qui peuvent bénéficier de l'Assistance libre dans des services ouverts.

Nous savons tous, et en particulier ceux d'entre nous qui ont fréquenté les consultations de la Salpêtrière, combien le besoin se fait sentir de ces services. Le nombre est grand des malades indigents qui présentent des troubles trop légers pour que l'on soit tenté de recourir à la mesure de l'internement (souvent refusée par le malade et son entourage) et qui ne trouvent que rarement asile et traitement dans des services hospitaliers. Ces malades jusqu'ici insuffisamment et inopportunément assistés ne peuvent être désignés sous un seul vocable et figurent dans des cadres nosologiques variés : déprimés légers, hypocondriaques, obsédés, confus, toxicomanes, débiles éducatibles, comitiaux sans agitation ni impulsions violentes, etc., etc... (1).

Et, contrairement à l'avis de M. Roger Dupouy, je conserve l'opinion à laquelle il a fait allusion et que j'ai exposée dans mon rapport sur la Médecine légale de la Paralyse générale à la réunion psychiatrique du Centenaire de la Thèse de Bayle. L'expérience montre que, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels, les paralytiques généraux pour lesquels se pose la question d'Assistance doivent être internés.

L'Assistance libre dans un service « ouvert » ne saurait convenir à des malades que leurs réactions délictueuses ou criminelles, leurs actes démentiels ou simplement maladroits rendent dangereux pour eux-mêmes ou pour leur entourage. D'autre part, les déments paralytiques acceptent parfois le traitement dans des services ouverts. Mais, quand ce ne sont pas des déments grabataires, leur instabilité est telle que, dans la plupart sinon la généralité des cas, ils n'y peuvent être conservés de leur plein gré et sans contrainte illégale. Enfin, en l'absence d'une procédure d'interdiction, l'internement est la seule mesure qui protège le malade et sa famille contre une dilapidation rapide des biens.

(1) Voir *Centenaire de la Thèse de Bayle*, 6^e Rapport. Etude clinique et médico-légale de la Paralyse générale, par René Charpentier. (Tome I, page 197, et Tome II, page 66).

Si l'on voulait étendre à l'extrême la liste des malades justiciables des services ouverts, on arriverait à cette contradiction qu'une mesure instituée en vue de la sauvegarde des droits de l'individu, constituerait au contraire une menace contre ces droits. N'en serait-il pas ainsi en maintenant malgré lui dans un service ouvert un dément qui ne trouverait dans cette situation qu'un internement déguisé sans protection de ses biens ? La conception exposée par M. Roger Dupouy, basée uniquement sur les réactions sociales, ne semble en effet pas tenir suffisamment compte de l'individu.

M. LEGRAIN. — M. René Charpentier a dit ce que je comptais dire. Prenons garde de tomber dans des discussions byzantines qui diminueraient notre qualité et risqueraient d'altérer notre réputation que tant d'esprits légers ont déjà trop de tendance à atteindre. Le terme de petits mentaux ne signifie rien scientifiquement. C'est un simple trompe-l'œil, une formule commode peut-être (et encore ?) entre nous, qui savons à peu près de quelles catégories de malades nous entendons parler, mais qu'il serait dangereux de laisser s'accréditer davantage dans le grand public où elle ne peut qu'exercer des ravages. Le Ministre qui n'est pas médecin, n'a pu se rendre compte de l'embarras dans lequel il allait nous mettre. L'embarras est toujours grand quand on demande aux savants de faire du positif avec du vague. Notre science n'est faite que de relatif et d'empirique ; on ne peut lui demander autre chose. Nous sommes déjà assez encombrés de notions imprécises qui ne font que masquer notre ignorance, telles que celle de demi-fous, de demi-responsabilités, de pseudo-cesti, de pseudo-cela. N'ajoutons point une imprécision de plus à notre terminologie et je voudrais que la société ait le courage de répondre au Ministre catégoriquement que le terme employé par lui ne répond à rien.

Cela veut-il dire qu'il n'y ait point des catégories de malades qui n'ont pas besoin d'être internés ? Non, à coup sûr. Mais cela, nous le savons depuis fort long-

temps et ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on réclame pour ces patients une thérapeutique hospitalière spéciale. Quelles sont ces catégories de malades ? Seul le médecin avec son expérience, sa conscience et sa longue pratique des aliénés, seul il peut le dire et il faut lui faire confiance.

L'aliéné non internable d'aujourd'hui sera l'aliéné internable de demain, et cela avec le même diagnostic clinique. Tout est dans le mode de réaction de cet aliéné. Et j'ai toujours pensé qu'il n'y a point d'autre critérium de la séquestration nécessaire que les périls que l'aliéné peut faire courir. Un P. G. à la première période est aujourd'hui un danger ; quand il sera gâteux, il cessera de l'être. D'où nécessité de deux régimes pour ce même malade.

Entre les deux périodes, gît le médecin, celui qui voit, celui qui sait, celui qui doit conclure.

Que le législateur prévoie les deux ordres d'établissements hospitaliers avec régime approprié, c'est tout ce qu'on peut et doit lui demander.

M. ARNAUD. — Je pense, comme mon ami Semelaigne, comme MM. René Charpentier et Legrain, que le terme *petit mental* est impossible à justifier. Tout psychopathe qui apparaît comme *petit mental*, peut évoluer et devenir un très grand mental, et il est vraiment paradoxal d'entendre M. Dupouy accepter pratiquement cette dénomination, tout en la critiquant, et l'appliquer aux déments et à de nombreux P. G. Si ceux-là ne sont pas des *grands mentaux*, où les trouvera-t-on ?

La question qui nous est posée par le Ministre ne me semble pas comporter une réponse satisfaisante, au moins dans les termes où elle est énoncée.

Et, au point de vue pratique, notre réponse, j'insiste sur ce point, engagerait gravement la responsabilité de la Société. Le terme *petit mental* remplacerait celui de *neurasthénique*, si souvent et si abusivement appliqué surtout à des mélancoliques suicides ; la malfaisance de ces appellations abusives n'est malheureusement plus à démontrer.

Je conclus donc à l'impossibilité de définir le *petit*

mental, et par conséquent, à la nécessité de trouver une définition différente pour désigner les malades à placer dans les services ouverts.

M. CHASLIN déclare se rallier aux opinions exprimées par MM. René Charpentier, Legrain et Arnaud.

M. SIMON. — Puisque l'expression de « petits mentaux » semble ne pas devoir être acceptée, je demande quelle expression nos collègues proposeraient pour la remplacer ?

M. René CHARPENTIER. — Cela me paraît inutile, ou plutôt il me paraît suffisant de rechercher quels sont les *malades justiciables des services ouverts*. Il n'est pas besoin pour cela de leur appliquer une étiquette psychiatrique globale. Dans un service hospitalier de médecine générale qui reçoit des malades du poumon, du tube digestif, des reins, etc., etc., à l'exclusion par exemple des contagieux et des aliénés, on n'éprouve pas le besoin de qualifier d'une épithète unique les malades disparates qui s'y trouvent. Pourquoi vouloir en forger une, et surtout une mauvaise, pour les malades des services « ouverts » ?

M. SÉGLAS. — Au moment où il était question de la réforme de la loi de 1838 j'ai eu l'occasion de m'entretenir souvent avec le Professeur Ballet et cela de façon tout amicale. Quand je lui demandais de rechercher ensemble combien il se trouvait dans nos services de malades réclamant contre leur internement, de protestataires suivant l'expression consacrée, nous arrivions à trouver 7 ou 8 individus de ce genre dans un service de trois ou quatre cents malades.

M. Henri COLIN. — Pour moi, le terme petit mental, incorrect au point de vue de la langue, est dénué de tout sens au point de vue médical. Ce terme est né de la guerre et n'a jamais désigné une catégorie de malades très déterminée. Au surplus, si un nombre impressionnant de soi-disant petits mentaux a été hospitalisé pendant la guerre dans des services d'hôpital spécialisés, ne l'oublions pas — et ont évité ainsi la « tare de l'internement », rappelons-nous qu'il s'agissait d'hô-

pitaux militaires où la discipline était autrement sévère que dans nos asiles et où les conditions d'entrée, de séjour et de sortie étaient adaptées aux règlements militaires. Ce qui n'a pas empêché d'évacuer sur les sections psychiatriques des asiles un nombre respectable de ces hospitalisés, en raison de leurs réactions pathologiques.

En réalité, il s'agit d'un nouveau mode d'assistance des aliénés et, à huit ans de distance, nous voyons se répéter les discussions qui se produisirent en 1914 au sujet des termes *affection mentale*, *aliénation mentale*, à l'occasion de la révision de la loi sur les aliénés, au Sénat.

A ce moment, M. le Professeur G. Ballet, disait textuellement : « Je répète qu'il me paraît inutile et nuisible d'appliquer des mesures judiciaires à certains malades tels que le mélancolique qui est simplement dangereux pour lui-même » (Soc. Méd.-Psych., mars 1914, *Annales*, mars 1914, p. 343). Nous avons été seuls, mon collègue et ami Pactet et moi, à protester contre une assertion aussi contraire aux données de la clinique et les faits récents qui ont si violemment ému l'opinion publique prouvent que nous avons raison.

Que veut-on en réalité ? Permettre aux aliénés de se soigner librement, là où ils le désireront sans intervention judiciaire ou administrative. Le cas avait été prévu dans le Projet Gérante où le placement spontané ouvrait la porte des asiles sans formalités préalables. Mais le malade demeurait cependant soumis à la surveillance judiciaire et administrative, et cette surveillance, à mon avis, était parfaitement justifiée dans la plupart des cas. Les protestataires, dont on a tant parlé et dont M. le Professeur G. Ballet faisait si grand cas sont en infime minorité dans nos services, M. Séglas vient de vous le dire.

Par contre, je ne vois pas sans une certaine appréhension le bénéfice des services ouverts étendu, comme le voudraient certains de nos collègues, aux paralytiques généraux, aux toxicomanes, aux mélancoliques, aux malades avec idées de suicide personnel ou collectif.

Dans la plupart des cas, pour ces malades, vous serez obligés d'en venir à l'internement.

Enfin, il est une question qui pour moi prime toutes les autres. On va répétant que la loi de 1838 est une loi de sûreté générale. A mon sens, ce n'est pas exact ; c'est surtout une loi protectrice de la personne du malade et des biens qu'il possède, et à cet égard elle a réalisé un immense progrès sur le régime qui l'a précédée.

On peut, et c'est ainsi que je terminerai, on peut, on doit même réaliser un nouveau mode d'assistance des malades de l'esprit dans des services ouverts mais ce mode d'assistance doit être soumis lui-même à certaines règles et de toutes façons, il s'adressera à une catégorie de malades entièrement différente des milliers d'aliénés qui peuplent actuellement les asiles.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la réponse suivante rédigée par M. le D^r Simon, et acceptée par la Société Médicale des Asiles de la Seine, saisie de la même demande :

Réponse de la Société Médicale des Asiles de la Seine

« Certains psychopathes ne trouvent actuellement ni dans les hôpitaux ni dans les asiles le traitement qui leur convient.

« De toute façon, ne doivent être considérés comme « petits mentaux » et admis dans des services ouverts que des malades à qui leurs troubles psychiques laissent un degré de discernement suffisant pour accepter volontairement leur hospitalisation, et dont les troubles psychiques d'autre part, n'entraînent ni risques pour eux, ni dangers pour les autres. Si ces conditions venaient à se modifier l'internement pourrait être fait par placement volontaire ou placement d'office demandé par le médecin-chef de service. »

M. le Professeur CLAUDE. — Je n'ai qu'une pratique bien courte du service fermé mais j'ai pu me rendre compte des inconvénients de toutes sortes que présente pour assurer les soins à une catégorie nombreuse de

nos consultants, cette organisation, car le placement volontaire qui, d'après la loi permettrait l'hospitalisation facultative, n'est pas accepté par le malade ou par les familles dans un grand nombre de cas. Il nous faut donc des services ouverts. J'ai une certaine expérience de ceux-ci puisque pendant huit ans à la Salpêtrière (1904-1911) et depuis 1911 à St-Antoine, j'ai eu un service ouvert pour malades mentaux. Comment ai-je assuré le recrutement et le fonctionnement de ces services ? Je ne me suis pas occupé de savoir s'il s'agissait de « petits mentaux ». J'ai pris les malades psychopathes qui se présentaient. Si après examen je jugeais qu'ils devaient être internés en m'appuyant sur la clinique et l'insuffisance des moyens de surveillance dont je disposais, je les faisais passer dans un service fermé ; d'autre part, je conservais un certain temps les cas douteux, à tenir en observation, et je gardais surtout les malades que je jugeais assez rapidement curables, et dans des conditions de sécurité suffisantes. Mais il n'est pas possible de spécifier la nature de chaque cas qui relève du service ouvert. C'est affaire d'application de la part du médecin compétent, qui prend la responsabilité d'une cure libre d'après l'installation de son service, la manière dont il est secondé par ses collaborateurs autant que par la forme clinique que revêt chaque cas. On n'impose pas dans un service chirurgical suivant les maladies, un traitement opératoire ou un traitement conservatoire. C'est le chirurgien qui décide s'il doit conseiller ou imposer même tel ou tel traitement. Il convient que le psychiatre qui sera chargé d'un service ouvert considère ce service comme un organisme de triage en même temps qu'un établissement de traitement. Il éliminera les cas dangereux, les cas chroniques, il imposera l'internement aux protestataires, il gardera les sujets curables, qui acceptent un traitement, et il rendra leur liberté à ceux qui ne semblent pas accepter ce traitement. On arrivera ainsi, dans ces services ouverts, à une sélection des psychopathes qui fournira des résultats intéressants au point de vue thérapeutique ; mais c'est au médecin qu'il faut

laisser le soin de faire ce triage des malades. Il assumera une responsabilité dont il devra comprendre l'étendue. Si au point de vue administratif on veut des indications pour classer les malades relevant du traitement libre qu'on s'appuie sur la notion des réactions dangereuses, du caractère de chronicité, sur la nécessité de protection judiciaires ou administratives pour éliminer certains malades des services ouverts. Quant au contrôle du traitement *librement* accepté dans les établissements *libres* privés ou publics, il pourrait être exercé par une délégation de médecins experts du tribunal.

M. TOULOUSE. — La question que l'on discute me touche directement puisque je dirige un service libre de psychopathes, petits ou grands. Laissez-moi vous dire d'abord que vous avez perdu beaucoup de temps à répéter que le terme de petit mental ne signifie rien ; nous sommes tous d'accord sur l'impropriété du vocable, mais la discussion même prouve que nous savons tous de quoi il s'agit. En réalité, le ministre demande notre avis sur la question des services ouverts. Balayons donc l'étiquette petit mental et ne retenons que l'idée elle-même.

Cette idée heurte quelques préjugés ou quelques habitudes, et nous sommes tous un peu partiaux les uns pour la nouveauté, les autres pour la tradition. Reconnaissons cependant qu'il existe une évolution incontestable. Partout on cherche à traiter d'une manière plus médicale qu'administrative. Voyez ce qui se passe pour la syphilis : il y a des médecins réglementaristes et des médecins antiréglementaristes. Or la mission Rockefeller a fait une enquête très précise d'où il résulte que partout où la réglementation existe les syphilitiques se cachent et la syphilis n'est pas traitée. C'est identique pour les aliénés : plus on les réglementera, plus on les écartera. La peur de l'asile éloigne les malades dans la période où ils sont le plus curables. Au contraire, que l'administration disparaisse, ils viendront. Je le constate déjà dans mon service. On prédisait : personne n'y viendra ; or le service est plein et

les consultations très nombreuses tous les matins. On ne viendrait certainement pas si le but de la visite devait être l'internement.

On se demande si les services ouverts ne vont pas absorber trop de malades puisqu'ils semblent pouvoir prendre tous ceux qui ne sont pas dangereux et qui ne protestent pas. M. Séglas estime qu'il n'y a qu'un très petit nombre de protestataires et craint que l'installation de services ouverts ne nous achemine vers la suppression des asiles. Il y aura toujours des asiles, mais leur organisation changera. Je fais une expérience ; je me laisse conduire par les faits sans m'arrêter aux préjugés. A titre d'essai, j'ai accepté des aliénés véritables, des paralytiques généraux, des toxicomanes. Ils se prêtent facilement aux soins qu'on leur donne.

Il se pourrait d'ailleurs qu'il soit nécessaire de retenir pendant un temps plus ou moins court certains malades malgré eux. Dans les hôpitaux, il y a des malades que l'on empêche de sortir. Est-ce une séquestration arbitraire ? Et s'il en est ainsi, reconnaît-on au médecin le droit de séquestrer des malades ? La loi condamne quiconque prive un individu de sa liberté ; mais les lois tombent en désuétude sous l'influence de faits nouveaux ou de mœurs nouvelles. Je ne crois pas cependant que le médecin ait qualité pour priver un malade de sa liberté ; en tout cas un contrôle serait nécessaire, mais un contrôle d'ordre médical, par exemple une inspection composée d'experts nommés par l'autorité administrative ou judiciaire.

Laissons-nous d'abord guider par les faits, par l'expérience et ensuite nous établirons les droits des malades, des médecins et de l'administration. Ne disons pas à l'avance : on ne peut pas faire cela. Tentons un essai, tentons-le dans un esprit de bonne foi et de concorde, et notre œuvre sera bonne.

Quant à la question des biens, elle n'est point médicale ; je ne méconnais certes pas son intérêt, mais je ne crois pas qu'on puisse la dresser comme un épouvantail contre nous. Est-ce que dans les hôpitaux un typhique est en état de gérer ses biens ? Remarquez d'ailleurs qu'il est bien plus facile de dépouiller un

individu quand on le garde enfermé chez soi que quand on le place dans un service ouvert.

En conclusion, je demande que l'on ne vote pas un texte aujourd'hui et que l'on nomme une commission qui rédigera un projet de réponse et le soumettra à notre discussion.

M. ARNAUD. — Je ferai remarquer à M. Toulouse que je suis intervenu uniquement à propos de la définition qui nous est demandée par le Ministre des malades soignant *petits mentaux*.

Quant à la question des services ouverts, je suis d'une manière générale tout à fait d'accord avec M. Toulouse.

M. LEGRAIN. — Il m'apparaît que M. Toulouse s'est trop ému de l'attitude de la société où il a cru peut-être pouvoir deviner un courant antagoniste de ses idées. Ce serait une erreur. Nous serions rétrogrades si nous ne considérions point la nécessité de réaliser quelques progrès en faveur des aliénés non secourus ou mal secourus jusqu'ici. Mais le problème posé était une question de pure définition. Il semble que sur le fond il y ait accord et, dans ces conditions, la société pourrait sans doute en finir immédiatement. Personnellement, je me rallierais volontiers au texte de M. Simon, à la condition, ou bien que disparaissent les mots « *petits mentaux* », ou bien, ce qui serait préférable, qu'on les laissât, mais immédiatement suivis de cette parenthèse (cette expression n'est point définissable scientifiquement). M. Simon se rallie à ma proposition.

M. René CHARPENTIER. — M. Toulouse se place sur un terrain un peu différent, celui d'une réforme totale et dans l'hypothèse d'une nouvelle législation. Tandis que notre argumentation porte sur l'organisation actuelle des services ouverts dans le cadre ou plutôt à côté de la loi du 30 juin 1838, qui subsiste, ne l'oublions pas.

Il n'a pas été dit qu'un service ouvert ne pouvait pas prendre de paralytiques généraux. Mais il ne paraît pas possible que ces malades puissent y être gardés

sans contrevenir à la loi actuelle d'une part, sans négliger d'autre part d'assurer une protection suffisante de leurs biens.

M. MIGNARD. — Il est bien certain que l'on ne pourrait donner une définition médicale des malades qui nous occupent ; il est vrai que le médecin seul peut déterminer, pour chaque sujet, s'il rentre ou non dans leur classe, et à quel moment il en sort. Mais la question qui nous est posée touche, sans doute, les limites sociales de cette classe. A ce point de vue, la réponse proposée semble très satisfaisante, car s'il est incontestable, — et c'est là l'utilité des services ouverts, — qu'il ne faut pas éloigner du traitement certains malades par des formalités qui ne leur conviennent pas, en revanche l'internement devient une garantie en ce qui concerne d'autres malades, garantie pour eux-mêmes, pour la société, pour le médecin. Or, quels sont ces malades ? Précisément ceux auxquels ne convient pas le service ouvert, soit parce qu'ils sont incapables d'y rester volontairement, soit parce qu'ils sont dangereux pour autrui, pour eux-mêmes ou pour l'ordre public...

M. TOULOUSE, président, propose à la Société de nommer une Commission chargée d'étudier la réponse à faire à M. le Ministre et composée de MM. Antheaume, Arnaud, René Charpentier, Claude, Colin, Dupouy, Raynier, Toulouse.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des Séances,
René CHARPENTIER et J. CAPGRAS.

CONGRÈS

Vingt-sixième Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française (Quimper, 1^{er}-6 août 1922)

1^{re} QUESTION. — Psychiatrie : *L'encéphalite léthargique*. —
Rapporteurs : MM. TRUELLE (de Maison-Blanche) et PETIT
(de Bourges).

L'encéphalite léthargique a été observée en France depuis 1917. C'est une maladie infectieuse et contagieuse, d'où le nom d'encéphalite épidémique qui lui a été donné encore.

L'anatomie pathologique a révélé des lésions prédominant au niveau des noyaux gris du mésocéphale — polioencéphalite —. À côté des altérations nerveuses, on trouve de la périvasculature. Prenant leur point de départ au niveau indiqué, les lésions peuvent se propager sur n'importe quelle autre région du système nerveux central.

Le diplostreptocoque de Wiesner, considéré par certains auteurs comme agent pathogène de la maladie, serait pour d'autres un microbe d'infection secondaire. Ceux-ci attribuent l'encéphalite épidémique à un virus filtrant neurotrophe, analogue à celui de l'herpès.

L'affection peut prendre une marche aiguë ou revêtir une forme chronique à évolution lente, insidieuse et progressive. Ses signes psychiques et organiques sont extrêmement nombreux, très variables et mobiles quant à leur siège, leur forme, leur qualité et leur intensité.

Parmi les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique, il faut citer en premier lieu la léthargie, état de somnolence, d'intensité variable, qui a été le signe le plus frappant pour les auteurs qui ont observé les premiers cette affection. Parfois, c'est de l'obnubilation légère, chez d'autres malades c'est de la torpeur plus accentuée, de la somnolence intense, du sommeil profond. Des états de rêve, des accès d'excitation avec insomnie succédant aux phases de torpeur intellectuelle, des délires aigus variables en intensité et en durée, mobiles quant à leur contenu, peuvent rappeler exactement les psychoses infectieuses banales.

Aussi, y a-t-il onirisme ou confusion, les hallucinations

sont extrêmement nombreuses et alimentent les idées délirantes. Souvent les malades reconnaissent rapidement leur fausseté, mais elles sont aussi le point de départ de délires plus ou moins systématisés, persistant des mois après la régression des symptômes aigus.

Les obsessions, les impulsions, les fugues sont fréquentes. Par leur intensité, elles peuvent égarer le diagnostic.

On a insisté dans de nombreux travaux sur les troubles hystérisques de la maladie : mimique, gestes, attitudes théâtrales ; maniérisme, mutisme, actes bizarres et pervers, crises convulsives.

La dépression plus ou moins profonde avec inhibition intellectuelle et motrice est rencontrée souvent au cours de la maladie et peut représenter pendant des périodes prolongées le trouble dominant.

Chez la plupart des malades, on observe des troubles affectifs nombreux : irritabilité et hyperémotivité, oscillations anormales de l'humeur, de même que des troubles de l'intelligence, portant sur l'attention, le jugement, l'idéation. On a cité des troubles multiples de la mimique et du langage. Par contre, les auteurs ont été frappés de l'intégrité de la mémoire chez certains malades, de leur imagination parfois exaltée et de la conscience précise de leur maladie.

Dans la multiplicité des groupements symptomatiques, on a identifié plusieurs syndromes, assez caractéristiques pour justifier leur description à part.

Tel le syndrome léthargique. Il faut cependant observer que la somnolence est un symptôme superficiel qui, bien que net et frappant, masque souvent des troubles psychiques plus graves.

La confusion mentale se présente sous toutes ses formes : agitée et délirante, onirique, stuporeuse. — Les états dépressifs sont très fréquents et peuvent revêtir la forme asthénique avec humeur triste aussi bien que celle de mélancolie aiguë avec idées de culpabilité, de damnation, d'indignité. — Les syndromes catatonique, hébéphrénocatatonique, parkinsonien, paralytique et épileptiforme ont été décrits par des auteurs.

Le polymorphisme des syndromes et symptômes, leur variabilité et leur multiplicité expliquent combien il est difficile de définir et de circonscrire des formes cliniques de l'encéphalite léthargique. Certains auteurs ont rapporté des cas psychiques purs. Ils sont rares et chez la grande majorité des malades des signes organiques et psychiques coexistent ; c'est-à-dire que la maladie revêt la forme psycho-organique. La légèreté des troubles, leur peu de netteté dans certains

cas, permettent de parler de formes frustes, larvées. La marche de l'affection enfin fait distinguer des formes aiguës, subaiguës et chroniques.

Le diagnostic de l'encéphalite épidémique est rendu particulièrement difficile par la variabilité de son aspect clinique, variabilité qui lui est caractéristique.

Parfois les symptômes sont d'une discordance, d'une bizarrerie telles, qu'on est tenté de soupçonner la simulation. Les signes suivants peuvent permettre d'identifier la maladie : présence de troubles organiques ; persistance, à côté de la fugacité des autres symptômes, de certains traits figés, d'attitudes presque stéréotypées, pendant des périodes prolongées ; conscience de la maladie, accentuation du délire et de l'agitation vers le soir.

Quant au pronostic, la réserve s'impose dans tous les cas, même ceux d'apparence légère. C'est une maladie « à reprises et à surprises », dont il est impossible de prédire ni la durée ni le mode de terminaison. Les états d'excitation et d'insomnie prolongés, le pseudo-parkinsonisme, la confusion avec stupeur paraissent être d'une gravité particulière. D'autre part, même les formes aiguës d'une durée relativement courte, ont laissé, dans la plupart des cas observés depuis la dernière épidémie, des séquelles mentales, desquelles les malades ne sont pas guéris à l'heure actuelle.

Aucun traitement spécifique n'a été trouvé jusqu'à présent. On s'est résigné à faire des abcès de fixation, des ponctions lombaires, à prescrire des bains et des draps mouillés. On a eu recours à l'uroformine, à l'auto-hémothérapie. Le caractère contagieux de la maladie, — la contagion semblant se faire par les sécrétions nasales et pharyngées, — commande l'antisepsie buccopharyngée et des mesures de désinfection et de prophylaxie.

L'encéphalite léthargique est d'une importance particulière en médecine légale. D'une part, la bizarrerie de ces symptômes explique que des sujets qui en étaient atteints, ont été traités de simulateurs. D'autre part, les états confusionnels, le délire, l'agitation peuvent être la source de crimes et de délits : tentatives de meurtre et de suicide, attentats aux mœurs, vols et fugues.

DISCUSSION

M. TRUELLE (Maison-Blanche). — Ce qui caractérise les troubles mentaux de l'encéphalite léthargique, dans ses formes aiguës, ce sont les symptômes de confusion mentale, plus ou moins typique. Il y a cependant toute une série de

formes chroniques d'emblée, dont l'évolution ne pourra être décrite que dans quelques années. Par conséquent, il n'est pas encore possible de faire un diagnostic différentiel certain entre l'encéphalite épidémique et les psychoses infectieuses banales. Cependant la variabilité et les oscillations des symptômes paraissent caractériser la première.

M. CRUCHET (Bordeaux). — Déjà en 1917, il a insisté avec Calmette et Moutier sur la diversité des symptômes mentaux. Parmi les syndromes, il en est un auquel il a proposé le nom bradikinétique ou pseudoparkinsonisme. Toutes les statistiques signalent sa présence : 200 cas à Bordeaux, dont 40 observés par l'auteur ; 150 cas constatés par Bériel à Lyon, etc. Ces sujets, au facies hébété et détendu, ressemblent plutôt à des myopathiques qu'à des parkinsoniens. Les actes volontaires sont possibles, mais ralentis, accomplis correctement. Parfois même, une fois commencés, ils continuent automatiquement (gestes de gymnastique, danse). C'est donc la transmission de l'ordre qui s'exécute mal, avec des arrêts.

M. COURBON (Stephansfeld). — Il distingue : A. Les troubles mentaux en rapport direct avec la lésion même de l'organe régulateur de la motricité involontaire (mésocéphale et corps strié). Ils sont fonction de l'entrave apportée à la fonction motrice dont le rôle est capital dans tous les processus psychiques, comme l'a montré Ribot. Ils consistent en une bradypsychie pure. Celle-ci porte d'abord sur les perceptions qui se font lentement à cause de l'obstacle apporté à la motricité synergique de toute activité sensorielle dans la perception. Elle porte aussi sur les conceptions elles-mêmes, surtout chez les individus à type psychologique moteur, car l'irradiation vers la mimique qui accompagne leur pensée ne peut plus se produire et donne naissance à des remous ralentisseurs de la marche de la pensée. Ces malades sont à mettre dans les services de neurologie.

B. Les troubles mentaux en rapport avec la localisation de l'agent morbide sur les neurones psychiques eux-mêmes. Ce sont les psychoses à placer dans les services de psychiatrie.

M. HESNARD (Bordeaux). — Les auteurs n'ont pas suffisamment insisté à son avis sur l'évolution de longue durée des psychoses encéphalitiques, et sur celles qui surviennent plus ou moins longtemps après la poussée du début, insidieusement comme de vraies psychoses métaencéphalitiques.

Par contre, il est une forme figée aiguë qui peut guérir dans 1-2 mois. Les formes hallucinatoires ne sont pas les plus fréquentes parmi les formes aiguës.

La démence post-encéphalitique se présente sous 3 types : arriération infantile, états korsakowiens et démence figée ; un trouble oculaire ou un certain degré de parkinsonisme peuvent se rencontrer dans d'autres psychoses infectieuses. On identifie celles-ci, décrites par Régis autrefois, avec l'encéphalite épidémique. Au point de vue pathogénique, il s'agit d'un déficit des automatismes supérieurs. Malgré toutes ces critiques le rapport des auteurs est une excellente mise au point de la question et ouvrira peut-être une ère nouvelle, en neurologie et en psychiatrie.

M. VINCHON (St-Mandé). — Il faut faire le diagnostic des formes psychiques de l'encéphalite léthargique avec beaucoup de précaution. Des états tout à fait semblables à ceux signalés par les auteurs se rencontrent dans d'autres psychoses toxi-infectieuses à évolution lente, avec poussées successives. En particulier dans le paludisme, on observe fréquemment des délires systématisés à éclipses, la confusion à forme dépressive et anxieuse. L'évolution est la même dans les deux maladies, l'aspect clinique est le même. Seul l'examen somatique aidé des recherches de laboratoire permet le diagnostic différentiel.

M. VOIVENEL (Toulouse). — Les sujets atteints d'encéphalite épidémique se présentent avec des traits de figure, des gestes, assez marqués pour que les domestiques des médecins spécialistes les reconnaissent après les avoir vus une seule fois. Les malades qu'il a observés peuvent être groupés en 3 catégories :

Chez les ralentis, il s'agit d'un ralentissement global de toutes les fonctions mentales, intellectuelles, affectives et volontaires, mais sans perturbation de ces fonctions. Leur état constitue une véritable « viscosité mentale », en analogie avec le terme de « viscosité musculaire » employé par Verger et Hesnard pour le syndrome bradikinétique. — Les indifférents ne s'inquiètent en rien de leur état, ils prétendent toujours aller mieux. Lorsque l'indifférence affective est accompagnée d'affaiblissement intellectuel, on a l'impression d'une sorte « d'illusionnisme puéril ». — Parmi les agités, qui ressemblent le plus aux parkinsoniens, il distingue les pleurards, les anxieux et les tyranniques.

Il a observé des malades qui engraisaient anormalement, surtout parmi ceux des types ralentis et indifférents, tandis que les maigres étaient plutôt des agités.

M. MOLIN DE TEYSSIEU (Bordeaux). — Il y a un signe qui paraît commun à tous les types décrits par M. Voivenel et caractéristique du parkinsonisme encéphalitique. C'est l'inquiétude hypochondriaque de ces malades. Un contraste éton-

nant existe entre les craintes incessantes pour leur avenir et leurs traits indifférents. L'indifférence et l'euphorie qui caractérisent l'état mental dans de nombreuses affections organiques du cerveau, font ici défaut.

MM. VERGER et HESNARD (Bordeaux). — L'état mental des bradikinétiques encéphalitiques est caractérisé en premier lieu par un arrêt « du courant de la pensée ». A côté du ralentissement des mouvements, l'effacement des traits, l'attitude figée qui en résulte, le malade éprouve une difficulté particulière à penser ; il est incapable de suivre un interrogatoire quelque peu compliqué. L'éveil de l'attention, volontaire ou spontanée, demanderait au malade un effort qu'il est impuissant à produire. Altération analogue de l'état affectif : Le malade ne s'intéresse plus au travail et à l'entourage ; il néglige ses affaires ; il finit par ne plus être préoccupé même de sa maladie, bien qu'il en ait conscience, et par tomber dans l'indifférence complète. Pourtant cette bradythymie ne tient pas à une diminution de l'affectivité elle-même, elle est l'effet de l'incapacité du malade à tout effort psychique intense. L'état mental défini de cette façon se présente avec une intensité variable allant de la « viscosité psychomotrice » jusqu'à la « stupeur lucide ». Quand la démence s'installe, elle est d'un caractère assez spécial, — démence figée.

De ces considérations les auteurs tirent deux ordres de conclusions :

1) psychologiques : Dans le mécanisme de la pensée les phénomènes moteurs jouent un rôle fondamental. Chez l'individu normal, l'automatisme conscient paraît suffire pour l'exécution de la plupart des actes, la volonté n'ayant à intervenir que pour des décisions d'un ordre élevé.

2) physiopathologiques : L'état figé encéphalitique consiste en un déficit des automatismes psychiques, compensé insuffisamment par la volonté et non en une sorte d'hyper-tonie partielle de l'élément moteur de la pensée.

M. VOIVENEL et M. RISER (Toulouse). — Le diagnostic de démence post-encéphalitique a été difficile dans deux cas observés par les auteurs. Le diagnostic différentiel a dû être fait avec la paralysie générale, la démence épileptique, la démence précoce, les démences organiques, la confusion mentale à évolution prolongée. Le diagnostic positif s'est basé sur l'aspect clinique du début de l'affection, l'absence de confusion pendant la période aiguë, l'état intact de l'intelligence avant la maladie, l'évolution chronique de celle-ci, l'absence d'une autre cause pathogène quelconque, enfin sur l'examen psychique, physique et humoral. L'évolution de la

démence paraît l'effet de la propagation des lésions mésocéphaliques à la substance corticale du cerveau.

M. BEAUSSART (la Charité). — L'encéphalite a simulé, dans un de ses cas, le tétanos tardif. Le malade, blessé par un éclat d'obus en 1917, présente en janvier 1920 des signes spasmodiques au niveau du membre supérieur et à l'abdomen, de la dysarthrie, du trismus. Sérothérapie antitétanique, extraction d'un éclat, suivis de la disparition des troubles à la fin de mai 1920. Vers la fin de la même année, les symptômes morbides réapparurent et ils ont évolué depuis progressivement jusqu'à l'heure actuelle. Les symptômes consistent en : secousses fibrillaires, dysarthrie, atteinte du facial inférieur et de l'hypoglosse ; crises d'épilepsie jacksonienne faciale avec anarthrie passagère ; diminution de la mémoire et de l'attention. La nouvelle poussée prouve que le diagnostic de tétanos était erroné. On est en présence d'une encéphalite avec rémissions.

2^e QUESTION. — Neurologie : *Les lésions du système nerveux central dans l'agitation motrice et la rigidité musculaire.*
— Rapporteur : M. ANGLADE (de Bordeaux).

L'agitation motrice et la rigidité musculaire symptomatiques de certains états comme la chorée chronique, l'athétose, le parkinsonisme, les tremblements, sont déterminés par des lésions des noyaux gris centraux. Ainsi on peut admettre avec certitude que les lésions qui déterminent les mouvements choréiques et athétosiques ont leur siège principal dans le corps strié. Cependant la pathologie des masses grises centrales est encore très obscure ; les auteurs sont loin d'être d'accord sur la plupart des questions qui sont à la discussion. La chorée, l'athétose, tiennent-elles à des lésions de parties différentes du corps strié ? des lésions d'un caractère différent, mais localisées au même niveau donnent-elles des aspects cliniques différents ? Les opinions divergent encore beaucoup et il en est de même pour le syndrome parkinsonien, qui, d'après Hunt, tient à des lésions du globus pallidus, d'après Foix et Trétiakoff à celles du locus niger.

L'auteur développe ses propres conceptions, résultat des études qu'il a faites sur cette question.

L'agitation motrice choréique n'est possible qu'en présence de lésions étendues des corps striés, prononcées surtout au niveau du noyau caudé, du putamen et du noyau amygdalien, moins nettes sur le globus pallidus. Ces lésions, consistant en plaques fibromyéliniques et névrogliques, sont

l'effet d'une dégénérescence des éléments nerveux liée à la prolifération intense de la névroglie. Leur origine — tératologique ou inflammatoire ? —, le mécanisme de leurs manifestations cliniques — action directe, ou indirecte par irritation de la capsule interne — restent à élucider, de même que la part que prennent à la production des troubles moteurs, les lésions corticales dans les cas de démence choréique.

Les lésions anatomiques de l'athétose sont de la même nature, mais prédominantes sur le globus pallidus. L'auteur a constaté le caractère des lésions de la chorée chronique, 2 ans avant Kolpin et Alzheimer, au Congrès de Nantes, en 1909.

Pour ce qui est de la rigidité musculaire parkinsonienne, on est frappé de l'intensité des lésions du locus niger, se distinguant par leur netteté de toutes les autres altérations qu'on rencontre. Elles consistent en une destruction par îlots des cellules nerveuses de ce noyau et leur remplacement par des plaques névrogliques. Foix les a mises en évidence le premier.

L'auteur énumère ensuite les lésions qu'on constate par ordre de fréquence : noyau rouge, protubérance, cervelet, cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la moelle. En comparaison avec toutes ces lésions, celles trouvées au niveau du globus pallidus et du système pallidal, sont presque insignifiantes et ne paraissent plus justifier la conception du syndrome pallidal, considéré à tort comme le substratum anatomique de la rigidité parkinsonienne. Mais la localisation variable des lésions qui ne siègent nullement d'une façon exclusive dans le locus niger, impose une deuxième conclusion : le parkinsonisme n'est pas fonction de la lésion d'un terrain défini et unique.

Chez les parkinsoniens post-encéphalitiques qui ont en même temps de la rigidité psychique et de la rigidité musculaire, on peut admettre l'intervention de la substance corticale pour la production de la dernière.

Les tremblements de faible amplitude sont l'effet de lésions mésocéphaliques, en l'absence d'une affection du cervelet.

Le tremblement sénile, limité à l'extrémité céphalique, doit être attribué à la sclérose ganglionnaire de la protubérance.

DISCUSSION

M. VERGER (Bordeaux). — Les troubles de la motricité des encéphalitiques consistent en une bradykinésie et non en une rigidité musculaire, car le muscle n'a aucun des

caractères de raccourcissement, de rétraction ou de chimisme qui constituent la rigidité. Le tonus du muscle n'est même pas changé, l'action du système nerveux continuant sur lui son influence. Aussi, comme le lui ont prouvé la clinique et les expériences avec M. Hesnard, les encéphalitiques nullement raides peuvent faire tous les actes, même les plus délicats, mais en faisant un gros effort psychique. Ce qui est altéré chez eux, c'est l'automatisme. Ils ne l'ont plus. Ce sont « des condamnés au mouvement volontaire à perpétuité ». De là leur répugnance à agir.

M. CLAUDE (Paris). — Il y a un véritable trouble du tonus chez ces malades. On le constate à la vue et mieux encore au toucher quand on mobilise leurs membres. On sent sinon une résistance, du moins une tension qui cède peu à peu. C'est le phénomène de la roue dentée. Quelquefois cet hypertonus arrive à la contraction véritable généralisée parfois et absolue.

Il a rapporté de tels cas à la société neurologique. Enfin, preuves plus objectives de l'hypertonie réelle, c'est que l'examen électrologique révèle une persistance de la contraction après l'excitation faradique et que l'examen des réflexes donne les mêmes résultats que dans l'hypertonie.

M. HESNARD (Bordeaux). — Ce qu'on prend pour hypertonus chez ces malades, c'est un état de « non décontraction ». C'est ce qui leur donne l'air figé. Au repos complet, ils sont relâchés, on le constate en les palpant. Mais il suffit d'une excitation motrice électrique ou psychique même pour déclencher cet état psychomoteur spécial qui varie d'un instant à l'autre, et par conséquent n'est pas commandé par le tonus qui est par définition un état permanent. Quant aux phénomènes électriques invoqués par M. Claude, ils se rencontrent ailleurs que chez les hypertoniques et même chez les hypotoniques. On obtient une contraction persistante chez les individus normaux en faradisant un faisceau musculaire jusqu'à épuisement. Chez les encéphalitiques donc, on peut dire que la réflexivité est exagérée, mais que l'automatisme supérieur est déficient.

M. CROUZON (Paris). — L'autopsie d'un cas observé avec M. Boutier et qui cliniquement réalisait le syndrome pallidal (hypertonie généralisée, masque figé, attitudes forcées, dysarthries et Babinski positif) a montré l'intégrité parfaite des noyaux gris centraux, avec nombreuses lésions médullaires et mésocéphaliques. Donc M. Anglade a raison de nier la réalité de ce syndrome. La rigidité peut relever de lésions à sièges multiples. Locus niger, cervelet, moelle.

M. COURBON (Stephansfeld) distingue : 1. L'immobilité

musculaire neuropathique par atteinte des organes du mouvement qui se divise en deux formes :

a) l'immobilité par raideur avec pour caractères : une absence totale de l'expression mimique (face de statue), le phénomène de la roue dentée, une atteinte des organes régulateurs de la motricité involontaire (mésocéphale, corps strié). Ce sont les syndromes parkinsoniens.

b) l'immobilité par paralysie avec pour caractères : une absence habituelle de l'expression mimique, mais avec décharges explosives (rire et pleurer spasmodique), des troubles de la réflectivité ostéotendineuse et cutanée, une atteinte des fibres cortico-protubérantielles. Ce sont les paralysies pseudo-bulbaires.

II. L'immobilité musculaire psychopathique par atteinte du psychisme et caractérisée essentiellement par l'existence d'une tonalité idéo-affective dans la mimique (ravisement de l'extase, affliction du mélancolique, hébétude du confus, épuisement de l'asthénique périodique, abrutissement du dément, etc.), absence de signes physiques. Ce sont les diverses psychoses à forme de stupeur.

Le plus souvent on a des formes mixtes par atteinte de l'encéphale dans ses divers étages. Par exemple, le dément précoce à *flexibilitas cerea* a peut-être une lésion striée ou mésocéphalique que n'a pas celui qui a de la stupeur sans *flexibilitas cerea*.

M. HESNARD (Bordeaux). — Il faut retenir ce fait que les recherches de M. Anglade l'ont amené à conclure que la rigidité, ce qui vaut mieux appeler état figé, n'a pas son fondement dans une lésion localisée, mais au contraire dans des lésions diffuses inflammatoires, plus destructives qu'irritatives, de divers étages de l'axe nerveux. Il faut rapprocher ce fait de ce que les expériences de MM. Verger et Hesnard les ont amenés à admettre un déficit des automatismes complexes, avec parfois libération d'automatismes plus simples d'où la kinésie paradoxale, mais avec conservation de l'action de la volonté pour suppléer à ces automatismes. Cela ruine donc les explications physiopathologiques du système pallidal.

On sait que pour R. Hunt il y a deux éléments dans la motricité : le mécanisme cinétique producteur du mouvement dont la lésion amène la paralysie, et le mécanisme statique régulateur du mouvement et stabilisateur de la posture qui, lorsqu'il y a paralysie, s'exalte. La soi-disant rigidité est due à ce que le système striopallidal étant paralysé, il y a exaltation de la posture. — Or, ce qui contredit cette théorie, c'est que la prétendue hypertonie de ces mala-

des varie constamment, ce qui n'est pas en faveur d'une lésion, et c'est qu'il n'y a pas paralysie puisque, avec de la volonté, ils peuvent produire le mouvement. Ce qui est atteint dans l'encéphalite, ce n'est pas le prétendu système « du tonus », c'est le système vaste et inlocalisable cortico-mésocéphalomédullaire de l'automatisme complexe.

3^e QUESTION. — Médecine légale et Assistance : *De la sauvegarde des droits de l'individu et de la société dans l'assistance aux psychopathes.* — Rapporteur : M. Paul COURBON (de Stephansfeld).

L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

I. — Le principe de solidarité humaine crée pour la société un devoir d'assistance envers l'individu malade. Et le principe de liberté individuelle crée pour celui-ci le droit d'accepter ou de refuser cette assistance.

Mais le principe de primauté de l'intérêt collectif sur l'intérêt individuel donne à la société le droit d'imposer cette assistance quand l'effet en est de conjurer un péril qui la menace.

L'imposition des mesures thérapeutiques et prophylactiques du temps de guerre (vaccinations, opérations, punitions des mutilations) prouve que dès maintenant la société se reconnaît le droit d'exiger de l'individu le maintien de l'intégrité de sa validité, quand elle en a besoin pour sa propre défense. — Il est à prévoir que dans l'avenir elle se reconnaîtra le même droit, même en temps de paix, lorsqu'elle aura pris conscience du besoin qu'elle a du maintien de l'intégrité des individus pour sa propre conservation (assistance obligatoire des toxicomanes, alcooliques, etc.).

II. — Vis-à-vis du malade mental, la société a un devoir d'assistance dans sa personne, parce qu'il est malade, et dans ses biens, parce que c'est mentalement qu'il est malade.

III. — A ce devoir d'assistance qui prescrit des mesures thérapeutiques s'ajoute un devoir de protection qui prescrit des mesures préservatrices chaque fois que le malade mental est dangereux (protection d'autrui) ou qu'étant incapable de s'adapter à la vie sociale, il proteste contre l'assistance qu'on lui propose (protection de lui-même), c'est-à-dire quand le malade mental devient aliéné.

IV. — La volonté d'un malade mental à l'égard des mesures dont il est l'objet doit être prise en considération du seul fait qu'elle s'exprime avec cohérence et constance. Et chaque fois qu'elle est prise en considération, on ne peut lui

faire violence qu'avec les garanties légales, c'est-à-dire après intervention de l'autorité publique.

V. — Les mesures thérapeutiques d'assistance qui sont les seules dont a besoin le malade mental et que le médecin a seul qualité pour prescrire, ne peuvent donc jamais être imposées contre la volonté de l'intéressé. Mais elles peuvent lui être administrées sans sa volonté, quand il est dans l'incapacité de l'exprimer.

VI. — Les mesures préservatrices de protection, dont a en outre besoin l'aliéné et dont le médecin juge l'opportunité, mais que seule l'autorité a le droit d'ordonner ou tout au moins de permettre, doivent toujours être imposées à l'aliéné. Elles le sont forcément au malade inadaptable à la vie sociale et protestataire, comme son nom l'indique. Elles doivent l'être au malade dangereux, même s'il acceptait l'assistance, car il importe qu'une barrière soit dressée contre le danger qu'il représente.

VII. — L'assistance collective doit s'exercer à l'hôpital psychiatrique (1) dans deux sections différentes suivant qu'il y a ou non matière à protection.

a) Service libre, organe d'assistance thérapeutique pure, destiné à hospitaliser les malades mentaux régi par la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance gratuite obligatoire. Il ressemble aux autres hôpitaux : 1° parce que personne n'y est hospitalisé contre sa volonté (dès qu'un malade exprime la volonté cohérente de partir, ou lorsqu'il est inconscient, dès que sa famille veut le reprendre, il doit quitter l'hôpital) ; 2° parce qu'aucune surveillance administrative et judiciaire ne s'y exerce ; 3° parce que les aliénés n'y sont pas admis (dès que le malade mental devient aliéné, il doit être interné à l'asile avec toutes les garanties légales). — Il s'en distingue seulement parce que le nombre des malades incapables d'exprimer leur volonté est plus grand. Il est impossible de préciser d'avance la catégorie des malades mentaux à placer dans ce service libre. Ce seront des cas d'espèces, car la même maladie peut, suivant son évolution, comporter ou non l'application de mesures de protection. Le terme de « petits mentaux » qui ne signifie rien doit être banni, car il peut devenir « un grand manteau » susceptible de couvrir beaucoup d'équivoque.

b) Service d'internement, organe d'assistance thérapeutique et de protection destiné à retenir les aliénés, c'est-à-dire les malades inadaptables à la vie sociale et protestataires, ainsi que les malades dangereux, régi par la loi de 1838.

(1) Le Congrès d'hygiène mentale de juin 1922 a exprimé le vœu que le mot d'asile soit remplacé par celui d'hôpital psychiatrique.

C'est l'asile actuel tel qu'il fonctionne. Le médecin y est soumis au contrôle des autorités administratives et judiciaires. Celles-ci devraient être éclairées par le conseil d'un médecin-inspecteur.

L'hôpital psychiatrique, sous la direction d'un médecin psychiatre, logé à proximité, doit être installé à la campagne, mais près d'un centre urbain et scientifique, avec comme satellites une colonie, un dispensaire, un patronage, un laboratoire permettant l'œuvre de prophylaxie mentale et de réadaptation à la vie sociale, qui est un devoir pour la société.

Vouloir imposer aux aliénés et aux psychopathes des locaux d'assistance et des médecins différents serait commettre une hérésie scientifique et sociale aussi grande que de vouloir dissocier les spécialités dermatosyphilographique et génitourinaire en interdisant aux vénériens d'être soignés dans les mêmes services que les urinaires ou les malades atteints d'affections cutanées.

VIII. — Le traitement à domicile de l'aliéné, presque impossible en fait, doit comporter la déclaration au procureur. Celui du malade mental n'en exige aucune, une séquestration à domicile ne pouvant, dans l'état actuel des mœurs, rester ignorée. A l'étranger ne doivent être déclarés au consul de France que les placements dans les asiles fermés.

IX. — Le devoir d'assistance au malade mental dans ses biens serait facilité par l'adoption de mesures analogues à celles de la curatelle du code allemand, qui est simple, souple, et respecte la part de volonté restée saine chez le psychopathe.

X. — Le devoir de protection dû par la société aux agents chargés de l'assistance au psychopathe devrait comporter l'assurance contre les risques professionnels de tous les agents des services publics et la responsabilité civile des personnes ayant fait sortir, malgré l'avis médical, un psychopathe devenu depuis l'auteur d'un dommage.

XI. — Dans une espèce aussi mouvante que l'assistance des psychopathes, la valeur du médecin sans cesse en présence de problèmes nouveaux importe plus que le luxe des formalités toujours rigides de la loi mise à sa disposition pour les résoudre. Il faut donc lui reconnaître un droit d'initiative que justifie, d'ailleurs les garanties de savoir et de moralité exigées de lui.

Le contrôle systématique de la société sur le médecin nécessaire et incontestable en ce qui concerne l'opportunité de l'internement (service fermé), discutable et inutile en ce qui concerne l'opportunité de la mise et du maintien en trai-

tement (service ouvert) est toujours et partout inadmissible en ce qui concerne le traitement lui-même. — Pour être effectif, ce contrôle doit être exercé par un psychiatre agissant comme conseil de l'autorité.

Si, contrairement aux efforts des psychiatres, le principe de l'inspection obligatoire des services ouverts devait être maintenu, il faudrait qu'elle ne fût exercée que par un médecin-inspecteur, lequel ne porterait à la connaissance des autorités que l'identité des personnes dont il juge inopportun le maintien dans ce service ouvert. D'où sauvegarde du secret médical à l'égard de tous les autres malades. Il n'y aurait, en somme, que les aliénés, d'après le diagnostic du médecin-inspecteur, qui seraient signalés, comme c'est leur condition d'ailleurs, dans la législation actuelle.

DISCUSSION

M. ANTREAUME (de Paris). — Pour ce qui est de la protection des biens des psychopathes placés dans les services ouverts, il faut distinguer : a) Les psychopathes lucides, conscients, capables de gérer leurs affaires, de donner une procuration valable, comme le sont certains psychasthéniques, hypocondriaques, anxieux, convulsivants, toxicomanes, phobiques, anorexiques. Ils n'ont besoin d'aucune mesure de gestion.

b) Les autres psychopathes de ces services ouverts : certains affaiblis intellectuels, séniles ou autres, certains aphasiques, certains déprimés subanxieux, certains cyclothymiques, certains confus légers. Ils peuvent être protégés par l'application des mesures du code actuellement en vigueur. Lorsqu'ils sont hospitalisés dans des établissements publics, ils bénéficient automatiquement de la protection exercée par la commission de surveillance et de l'administration provisoire. — Lorsqu'ils sont traités dans les services privés, l'article 32 de la loi permet de leur nommer, sur la demande des parents ou du procureur, un administrateur. Mais cette demande n'est souvent pas faite parce que la famille a spontanément assuré la gestion ou que le procureur hésite à prendre l'initiative d'une mesure qu'on ne lui demande pas. Voilà donc le seul groupe de malades, dont la loi actuelle ne protège pas suffisamment les biens, fait d'autant plus important puisqu'il s'agit de malades fortunés. Mais ces quelques cas ne peuvent être pris pour prétexte d'extension de la protection judiciaire des biens sur tous les psychopathes. Cette extension serait une mesure superflue ou même injuste pour la plupart d'entre eux. Il est préférable de

laisser la loi comme elle est et de traiter les psychopathes en cure libre comme des malades ordinaires sous le régime du droit commun.

M. René CHARPENTIER (de Paris). — Il est impossible d'énumérer les diverses catégories de psychopathes à traiter sans internement, car tout dépend de l'évolution de leur maladie. Ce qu'il faut, c'est indiquer dans quels cas les psychopathes sont justiciables de ce mode de traitement.

Changer le mot asile pour celui d'hôpital psychiatrique ne changera rien dans le sentiment populaire qui s'inspire non pas du nom d'un hôpital mais de son contenu. L'épithète psychiatrique lui spécifiant la nature des malades fera naître le sentiment que ceux-ci inspirent. Cette réforme équivaldrait à celle qui appellerait Cochin, hôpital vénérien.

Il suffirait d'annexer aux établissements publics départementaux des services ouverts analogues à ceux qui existent à titre privé pour la clientèle aisée afin de permettre ce mode d'assistance aux indigents qui en sont justiciables.

Admettre une surveillance quelconque, pour les services libres, c'est nier la réforme. Et les psychopathes qu'on veut y amener par persuasion s'en écarteront et préféreront aller dans des services de médecine générale. Le service libre n'aura donc pas de clientèle.

M. CLAUDE (de Paris). — Le mode d'assistance — internement ou traitement libre — pourrait être réglementé de la façon suivante :

1° Sujets internables. — Peuvent être privés de leur liberté et internés sous un régime légal, les malades chez qui un état mental pathologique est susceptible de provoquer des réactions antisociales, nuisibles à l'ordre public ou dangereuses pour les personnes et pour eux-mêmes.

2° Sujets à traiter en liberté. — Il est justifié de conserver dans des établissements de cure, publics ou privés, des psychopathes, non protestataires et non dangereux, même s'ils sont incapables de donner un consentement libre à leur hospitalisation, mais sous la réserve que ces établissements seront placés sous le contrôle de médecins-spécialistes, pris parmi les experts délégués du tribunal, et qu'une réglementation spéciale interviendra pour la protection de leurs biens.

M. BARUK (d'Angers). — Les mesures prévues par la loi de 1838 sont suffisantes pour tous les malades mentaux, internables ou non. Il faudrait tout au plus donner plus de précision aux dispositions concernant les psychopathes qui ne sont pas à isoler. Enfin on doit s'efforcer à supprimer par des moyens d'ordre moral les préjugés du public à l'égard des asiles.

M. Maurice QUENTIN (de Paris), en sa qualité de juriste, demande aux médecins de bien vouloir fournir une définition scientifique et médicale de l'aliéné opposé au psychopathe non aliéné. Celle adoptée par les psychiatres à la suite de M. Gilbert Ballet et qui repose sur le caractère dangereux et antisocial, lui semble trop incomplète, ne disant pas pourquoi le sujet est dangereux. Il se risque à proposer celle-ci : « L'aliéné est le malade qui, par le fait d'une affection mentale principale, a perdu, en tout ou en partie, le contrôle de ses actes, sinon d'une façon continue, du moins d'une façon habituelle, et pour lequel s'imposent des mesures de contrainte appropriées, soit dans l'intérêt de ses concitoyens, soit dans son intérêt propre. » D'autre part, il lui semble que l'assistance libre aux psychopathes ne sera adéquate à son objet que si elle est surveillée par les administrations publiques. En effet, le secret professionnel empêcherait le médecin de faire enfermer de force l'aliéné dangereux qui est venu se confier à lui, mais ne veut pas entrer dans son service. De la sorte, en multipliant les services ouverts, on risque de laisser courir des aliénés qui sont un danger pour la sécurité publique.

M. ADAM (de Rouffach). — Excepté à Paris et dans les grandes villes, le traitement des psychopathes ne peut être exercé que par les médecins des asiles départementaux d'aliénés. Or, l'article 25 de la loi de 1838 permet l'hospitalisation dans les asiles publics, aux frais du département, des malades mentaux non dangereux, lorsqu'ils doivent être traités par un spécialiste et qu'ils sont indigents. Une circulaire du 14 août 1840 met à leur disposition un certain nombre de places dans chaque asile. En Alsace, les psychopathes légers, membres d'une caisse de malades, sont admis dans les asiles par le fait que la caisse s'engage à payer les frais.

M. MOLIN DE TEYSSIEU (de Bordeaux). — Le médecin peut être amené à procéder à l'internement d'un aliéné ni dangereux ni protestataire. Tels les malades qui touchant une rente élevée — anciens militaires titulaires — constituent pour leur famille une source de bénéfices. L'internement avec ses conséquences garantit le mieux l'assistance à ces malades et leur protection. On ne peut trouver une définition nette et précise des psychopathes internables ou relevant du traitement libre.

M. CALMELS, conseiller général de la Seine. — Un service libre existe à Ste-Anne, où il a été réorganisé en service de prophylaxie mentale, à la fin de l'année dernière, par M. Rousselle. Au service hospitalier sont associés un dispensaire pour la consultation et l'examen des admissions,

des laboratoires, un organisme d'enseignement, dont la fondation est envisagée. Ainsi le service de Ste-Anne dispose de tous les moyens de diagnostic et de thérapeutique nécessaires pour donner des soins convenables à tous les psychopathes et il pourrait bien servir de modèle, quand des services analogues seront fondés dans les autres asiles.

M. LEY (de Bruxelles). — Le traitement libre dans les asiles existe déjà en Hollande et aux Etats-Unis, où il s'est montré d'une grande utilité en ce qui concerne l'assistance aux psychopathes légers.

Dans le Maryland (Etats-Unis), un certificat médical signé par deux médecins suffit pour l'admission dans les services de psychiatrie.

L'auteur continue en insistant sur la nécessité absolue de créer des services préliminaires d'observation et de triage, et sur la haute importance prophylactique et scientifique du « service social », tel qu'il est organisé aux Etats-Unis. — Pour ce qui est du contrôle des services psychiatriques, il doit être médical, compétent et discret. — Agir sur l'opinion publique, s'efforcer de faire disparaître ses préjugés, ce sera un des devoirs de la Ligue d'hygiène mentale. Celle-ci pourra largement contribuer à l'organisation des services ouverts et d'une assistance efficace aux psychopathes.

M. ABADIE (de Bordeaux). — Pourquoi ne pas s'inspirer de l'expérience ? Laissons les services ouverts où ils existent. Dans certaines villes c'est à l'hôpital, témoins Bordeaux, Paris, Lyon, Lille.

M. DELMAS (de Paris). — L'étiquette des services ouverts ou fermés n'importe pas plus sur l'opinion qu'aura le public sur les malades hospitalisés que la couleur de l'uniforme sur le courage des soldats. — Il est impossible de faire l'énumération des maladies à mettre dans un service ou l'autre, c'est une question d'espèce. — La définition la meilleure serait de dire : « Seront traités dans les services ouverts les seuls malades qui demanderont ou accepteront d'y être traités. » C'est en somme ce qui se passe déjà pour les malades payants qui sont dans les maisons de santé ouvertes.

Mais alors il faut que dans ces services ouverts il n'y ait vraiment aucune mesure coercitive ni matérielle ni morale ; par conséquent, aucune mesure administrative, ni même judiciaire pour l'administration des biens. L'excès est toujours un défaut. Si l'on devait infliger obligatoirement une mesure de protection des biens à tous les psychopathes des services ouverts, sous le prétexte que quelques-uns d'entre eux peuvent en avoir besoin un jour, ce serait le cas de dire : « Summum jus, summa injuria ».

M. TRUELLE (de Maison-Blanche). — La loi de 1838 ne prévoit pas nettement l'assistance de toute une catégorie de malades mentaux à ne pas appeler « petits mentaux », car ce terme ne veut rien dire, et à ne pas qualifier de non dangereux, car l'appréciation d'un danger potentiel est fonction de données trop multiples pour en faire un critérium. Ces malades de l'esprit, quand ils sont riches, se font traiter à leurs frais dans des maisons de santé privées non soumises au régime restrictif de la loi de 1838. Ce sont des services analogues qu'il faut créer pour les indigents.

Ces services ouverts avec leur hospitalisation et leur consultation devront être des organismes de traitement et de dépistage à ne confier qu'à des médecins aliénistes de carrière, à cause de la délicatesse des décisions à prendre pour le passage du psychopathe à l'asile ou à la liberté et il est à prévoir que cette réforme conduira sans doute à un accroissement du nombre des internés.

Ils devront être en principe, sauf dans les très grandes villes, installés près de l'asile d'internement, mais dans des locaux nettement séparés. Il est certain que le traitement dans ces services ouverts entraînera de fait des restrictions à la liberté quand ce ne serait que la réglementation des visites, des sorties, la durée du maintien en traitement. L'engagement qu'on leur aura fait signer en entrant ne serait pas valable juridiquement, surtout parce qu'ils sont atteints de troubles mentaux. Un contrôle est donc nécessaire pour calmer l'opinion publique. Mais ce contrôle doit être exclusivement médical, exercé par des spécialistes que le tribunal aura nommés. En outre, et pour les mêmes raisons, il y a lieu de leur assurer, qu'ils soient médiocrement ou très riches, des mesures de protection discrètes pour la sauvegarde de leurs biens, exposés fatalement à périliter pendant leur maladie.

M. LEGRAIN (de Villejuif). — Si le droit pour la société de se défendre contre l'aliéné dangereux est juste, il entraîne comme corollaire pour celui-ci le droit à la liberté dès qu'il cesse d'être un danger. Ces deux droits corrélatifs, droit de la société et droit de l'aliéné, doivent être mis en vedette et sur le même plan dans une loi, parce qu'il en doit découler des formules très claires et très équitables. Notamment celle-ci de l'aliéné internable : « L'aliéné qui offre un danger certifié par quelqu'un de compétent. » L'aliéné cesse d'être internable dès que le compétent le déclare non dangereux.

Il faut s'élever contre toute espèce de contrôle des services ouverts, précisément parce qu'ils sont ouverts et par suite recèlent des non internables.

Il faut s'élever de même contre tout contrôle à domicile, quelque justifiable qu'il soit en principe. Car il serait une prime à la ruse, il encouragerait la séquestration et serait peut-être finalement plus grave que l'état de choses actuel.

Imposer au médecin la déclaration de la folie, ce serait lui infliger un devoir qu'il ne pourrait remplir qu'avec répugnance. Son sentiment de tact et le respect du secret professionnel s'élèveraient contre une pareille mesure plus encore que contre la déclaration des maladies contagieuses. Il serait plus simple de charger de la déclaration la famille même, dès qu'on la juge opportune.

COMMUNICATIONS

Vues de Laënnec sur les causes prédisposantes et le traitement de la folie (M. LAGRIFFE, de Quimper).

Dans une observation écrite en 1820, au sujet de « l'indifférence en matière de religion » (par Lamennais), Laënnec conseille le traitement de la folie par l'isolement et la contrainte.

De la valeur et de l'importance en clinique mentale de la réaction du benjoin colloïdal. (M. LAGRIFFE, de Quimper).

Dans 80 cas de Wassermann positif, la réaction du benjoin l'était aussi. Dans plusieurs cas de Wassermann négatif, malgré une syphilis probable, la réaction du benjoin était positive. Enfin l'examen cytologique et chimique du liquide céphalo-rachidien, de même que les observations cliniques, ont donné des résultats qui cadraient absolument avec la forme de la réaction (différente suivant qu'il s'agit de syphilis nerveuse ou de paralysie générale). L'instabilité des produits employés explique l'inégalité des résultats.

Valeur sémiologique de la réaction du benjoin en neuropsychiatrie. (MM. VOIVÉNEL et RISER, de Toulouse).

Ils ont observé deux cas de méningite dont la nature syphilitique a été démontrée par cette réaction. A cause d'un Wassermann négatif, ces affections avaient passé pendant longtemps pour des méningites tuberculeuses. Ces observations, avec d'autres analogues, démontrent que, malgré ses causes d'erreur, il est possible d'éliminer (hémoglobine dissoute, liquide xanthochronique) la réaction est importante pour le diagnostic des affections syphilitiques du névraxe.

La cure libre et familiale dans le traitement des névroses. (M. P.-E. LÉVY, de Paris).

L'auteur rappelle les résultats qu'il a obtenus en cette matière.

Epilepsie et Pyopneumothorax. (M. GOMMÈS, de Paris).

Une épileptique traitée au Gardénal ne fait plus de crises. Elle est atteinte d'une congestion pleuropulmonaire légère de courte durée. Après la suppression du Gardénal une crise éclate, accompagnée de dyspnée grave. Peu de jours après, la malade est atteinte d'un pyopneumothorax nécessitant la pleurotomie. L'affection paraît être due à l'effraction d'une vésicule pulmonaire au cours de la crise.

Considérations sur les troubles psychomoteurs. (M. LOGRE, de Paris).

Les troubles psychomoteurs se présentent de deux façons, suivant qu'il y a parallélisme entre le trouble moteur et le trouble psychique, — parallélisme psychomoteur de Dupré —, ou que l'un est déterminé et commandé par l'autre. Dans ce dernier groupe, il faut distinguer deux ordres d'états :

Si c'est l'élément psychique qui cause le trouble moteur, — hystérie —, il y a courant psychomoteur descendant. Dans ces cas, d'apparence neurologique, la psychothérapie peut avoir l'effet curatif.

Si c'est l'élément moteur qui commande les troubles mentaux, il y a courant psychomoteur ascendant. — Rire spasmodique pseudobulbaire, palilalie, tachyphrénie paroxystique, délires d'influence dans les troubles psychomoteurs de la manie, de l'épilepsie, de l'alcoolisme. L'auteur cite en particulier le syndrome catatonique des encéphalitiques, tout à fait semblable à celui des déments précoces et capable d'évoluer vers la démence précoce. Laignel-Lavastine a déjà étudié l'état des corps striés dans les cas de syndrome hétérophrénocatatonique.

M. René CHARPENTIER rappelle les cas de psychoses post-encéphalitiques de MM. Deny et Klippel à la Société de Psychiatrie.

Essai de traitement préventif des accès maniaques et mélancoliques. (MM. LOGRE et SANTENOISE, de Paris).

Les auteurs rapportent deux cas. Dans le premier, il s'agit d'un mélancolique avec accès survenant chaque année à une époque fixe et durant 5 mois environ. Le traitement consiste en 20 gouttes de belladone et 30 gouttes d'adrénaline par jour, dans les 3 mois avant la crise. L'accès est retardé de 3 mois ; ses symptômes sont très bénins à l'opposition des précédents.

Le deuxième cas est celui d'une maniaque avec crises très violentes tous les 15 jours, qui a été traitée au Gardénal (20 puis 30 cg. par jour). Le traitement a pour effet une

intermission de 35 jours ; l'abréviation des accès et leur atténuation sont considérables.

Dans ces deux cas, c'est le syndrome de la phase critique préparoxystique, découvert par Logre et Tinel : accroissement du réflexe oculo-cardiaque, apparition d'une hémoclasie digestive, accélération du pouls, qui détermina l'application de ce traitement destiné à faire disparaître le syndrome. On voit que le traitement est d'une heureuse action sur le paroxysme lui-même.

M. René CHARPENTIER (de Paris). — L'inconstance et la rareté des résultats thérapeutiques en matière d'excitation et de dépression permettent de penser que l'étiologie de ces états n'est pas d'une unité absolue. Elles appuient les observations de guérisons tardives dans les maladies mentales étudiées par Delmas (Paris, 1921), Jannin (Bordeaux, 1916). Elles indiquent toute l'utilité qu'il y aurait en matière d'assistance à améliorer les ressources thérapeutiques mises à la disposition des services de chroniques.

Sur les disproportions entre les moitiés supérieure et inférieure du corps (Paratrophies), H. MEIGE (de Paris).

Comparaison entre les asymétries latérales ou dimidiées du corps, bien connues, et les disproportions verticales ou en hauteur entre les parties supérieures et inférieures du corps : atrophies facio-scapulo thoraciques qui émacient la moitié supérieure ; pseudo-hypertrophie paralytique qui épaissit la moitié inférieure du corps.

Ces disproportions sont : a) congénitales et alors elles portent sur tous les tissus : squelette, muscles, peau et dépendances ; — b) acquises au cours de l'existence, et alors elles ne frappent qu'un seul tissu.

Ces inégalités s'expliquent par un déficit congénital ou acquis des centres trophiques segmentaires de la moelle ou des centres sympathiques correspondants. Pour les asymétries dimidiées, ce sont les centres d'un côté qui sont atteints. Pour les disproportions verticales, ce sont les centres d'une moitié supérieure ou inférieure aboutissant à une paratrophie qui correspond au point de vue trophique à ce qu'est la paraplégie au point de vue moteur. Il faut donc classer les hémiatrophies en face des hémiplégies et les paratrophies en face des paraplégies.

Un fait à noter, c'est que chez la femme existe normalement une paratrophie élective du tissu adipeux telle que la moitié supérieure du corps a moins de graisse que la moitié inférieure. Le type extrême est la Vénus Callypige. Le type pathologique se rencontre dans la dystrophie lipomateuse et chez les hommes atteints de féminisme.

Paul COURBON, E. BAUER.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

DELGADO. — Traitement de la Paralyse générale par la méthode de Wagner von Jauregg. (*Revista de Criminologia y Medicina Legal*, Buenos-Ayres, n° 47).

A côté des méthodes de traitement basées sur l'emploi d'antiseptiques, arsenicaux ou autres, dont l'efficacité reste problématique, les auteurs allemands n'ont pas hésité à préconiser une thérapeutique fondée sur la production de la fièvre et de la leucocytose, soit par des procédés anodins, nucléinate de soude, abcès de fixation, soit par l'injection de germes pathogènes atténués, streptocoque, staphylocoque, enfin même par l'inoculation de maladies microbiennes, fièvre paludéenne (W. von Jauregg), fièvre récurrente (Rosenblum).

Delgado a expérimenté cette méthode sur six malades, et obtint les résultats suivants :

I. Rémission complète en un an (exception faite des symptômes de syphilis) dans un cas de paralysie générale à évolution rapide, avec signes organiques et mentaux graves, à la suite de 15 accès paludéens.

II. Un paralytique dont l'affection remontait à 1914, était en 1920 le malade le plus bruyant du pavillon des agités. Il est devenu le plus calme à la suite de 32 accès palustres, et l'on note la disparition de l'incoordination des mouvements, de la logorrhée, du gâtisme.

III. Amélioration de l'état mental d'un paralytique général avec escharres ; mais le malade est mort rapidement.

IV. « Guérison » d'un P. G. dont l'auteur avait déjà remarqué l'amélioration de certains symptômes, et qui conserve du déficit mental et des signes neurologiques (13 accès palustres).

V. Enfin, dans un cas de psychose « de diagnostic incertain », guérison à la suite de 7 accès.

L'auteur se hâte peut-être lorsqu'il conclut que l'inoculation du paludisme permet d'obtenir des rémissions de la P. G. avec « restitution ou compensation cérébrale ».

Louis PARANT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 17 Juillet 1922

Président : M. le D^r ARNAUD

Arythmie respiratoire et troubles mentaux, séquelles probables d'encéphalite épidémique. — MM. J. CAPGRAS et J. REBOUL-LACHAUX présentent une malade de 22 ans atteinte de troubles consistant en une succession de mouvements d'inspiration et d'expiration, rapides, bruyants, courts, saccadés, du type de l'essoufflement après un effort musculaire, ou de la polypnée thermique ; le nombre de respirations est de quarante par minute ; cette polypnée survient et cesse brusquement, dure de quelques secondes à quatre à cinq minutes et se renouvelle à intervalles variables plusieurs fois par heure. En dehors de ces périodes, la respiration est normale à dix-huit par minute. L'examen objectif de l'appareil respiratoire ne révèle rien de particulier. Cette arythmie respiratoire est associée à un syndrome vagotonique net.

D'autre part, existent des troubles mentaux consistant en état hypomaniaque, troubles du caractère, puérilisme, défaut d'initiative, instabilité, incapacité de travail, sans affaiblissement intellectuel, ni altération des sentiments affectifs.

Les auteurs pensent qu'il est légitime de porter le diagnostic rétrospectif d'encéphalite épidémique : ces troubles sont apparus il y a deux ans et demi à l'occasion d'un état fébrile avec phénomènes nerveux, périodes de somnolence et accès d'agitation ; la malade fut considérée pendant les six mois qu'elle a passés dans le Service du Professeur Pierre Marie, comme atteinte de séquelles d'encéphalite ; l'attitude, la mimique, le regard fixe, les mouvements quelque peu figés, ainsi que les troubles respiratoires et la vagotonie, indices d'une localisation bulbaire de l'infection sur les noyaux d'origine du pneumogastrique, viennent à l'appui de ce diagnostic.

Séquelles mentales de l'encéphalite épidémique, par M. G. ROBIN (Service du D^r H. Colin). — M. G. Robin présente trois enfants, une fillette de 8 ans et deux garçons de sept ans, sans aucune hérédité suspecte et dont l'état mental était normal avant l'apparition d'une encéphalite léthargique qui a laissé les troubles du caractère suivants : colères, violences,

vols, mythomanie et surtout tendances aux fugues, lesquelles offrent des traits communs chez les trois malades.

Arriération pédagogique par suite des troubles de l'attention et du caractère, sans affaiblissement intellectuel quant à la mémoire et au jugement. Aucun reliquat physique chez deux de ces malades. Le troisième a de l'exagération des réflexes rotuliens, une diminution de la force musculaire du bras droit avec tremblement intentionnel et maladresse dans les mouvements. Atonie de l'hémiface gauche avec inclinaison de la tête vers l'épaule gauche. Parole scandée.

Guérison d'un accès mélancolique à la suite d'une pleurésie, par M. LEROY (Présentation de malade). — M. Leroy présente une jeune fille de 26 ans qui a été internée 2 ans à Maison-Blanche pour un état mélancolique avec inhibition intense et indifférence. Elle guérit complètement à la suite d'une pleurésie. Les cas de ce genre sont connus, mais leur intérêt est considérable, en vue de la thérapeutique.

Evolution d'une psychose hallucinatoire chronique vers une activité maniaque discordante, par MM. CLAUDE et André CEILLIER. — MM. Claude et Ceillier présentent une malade qui, sur un fonds de débilité mentale, a fait une psychose hallucinatoire chronique à forme de persécution et de grandeur absolument typique. Depuis de nombreuses années, cette malade pourrait être considérée comme une démente, à cause de l'incohérence de son langage. Les auteurs montrent que cette malade n'est pas démente et que l'incohérence est due à la fuite des idées et à l'impossibilité de réfréner les associations d'idées, comme cela s'observe dans la manie chronique. La vivacité de l'attention spontanée, la tendance à l'ironie, aux moqueries, la variabilité de l'humeur, l'hypersthénie physique et psychique confirment ce diagnostic de manie. Mais c'est une manie chronique discordante, car la malade est capable de travailler dans le service d'une façon suivie et parfaitement régulière. Elle s'acquitte remarquablement de travaux très délicats qui ne sont pas une simple occupation machinale, plus ou moins stéréotypée, mais qui exigent de la mémoire, de la réflexion, de l'attention. Peut-être ces troubles du langage ne sont-ils pas seulement d'ordre dyslogique, mais aussi d'ordre dysphasique (par exaltation plus ou moins automatique du langage parlé).

Corpuscules cytoplasmiques acidophiles dans l'encéphalite léthargique (corps en disque et en rosace), par M. GUIRAUD (Présentation de préparations). — Dans deux cas examinés,

les lésions suivantes ont été observées au niveau du *locus niger*.

1° Présence de nombreuses granulations intracellulaires acidophiles de 1/2 micr. à 2 micr.

2° Présence de corpuscules spéciaux fortement éosinophiles de 2 à 6 micr. affectant la forme de disques ou de rosaces, nettement délimités avec une couronne de points rouge foncé surtout à la périphérie. Ils se rencontrent assez souvent dans le cytoplasme cellulaire. Plus souvent on les trouve dans les espaces intercellulaires. Ils sont parfois groupés en véritables nids au nombre d'une douzaine. Ces corpuscules sont les homologues de ceux de Négri dans la rage.

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

Asiles publics d'aliénés

POSTES VACANTS

Un poste de médecin chef de service à l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Un poste de médecin chef de service à l'asile de Blois (Loir-et-Cher).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours de pathologie mentale. — M. le professeur H. Claude fera tous les jeudis, à 5 h., à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), une leçon de pathologie mentale avec présentation de malades (semestre d'hiver).

Cours de clinique psychiatrique. — Le cours aura lieu tous les lundis, à 9 h. 1/2, à la clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne. Les élèves pourront également suivre les policliniques de M. le professeur H. Claude, les mercredis et samedis matin.

Cours de psychiatrie médico-légale. — M. le professeur H. Claude fera pendant le mois de mars un cours de psychiatrie médico-légale, à la Faculté de Médecine, les mardis, jeudis et samedis, à 5 h.

Examen des malades et rédaction de rapports. — MM. Brous-

seau et Ceillier, chefs de clinique, dirigeront ces exercices à la clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne, tous les mercredis, de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

MONUMENT MAGNAN

Le Conseil général de la Seine vient d'autoriser l'apposition sur la façade du Service de l'Admission, à l'Asile clinique Sainte-Anne, par les soins du Comité Magnan, du haut-relief destiné à perpétuer la mémoire du docteur Magnan, ancien médecin en chef de ce service.

NÉCROLOGIE

D^r LUCIEN DERICQ

Nous avons le très grand regret d'annoncer la mort de notre collègue le D^r Lucien Dericq, ancien interne des asiles de la Seine, médecin directeur honoraire de l'asile de Bonneval (E.-et-L.), membre correspondant de la Société Médico-Psychologique, décédé le 7 septembre 1922 à l'âge de 68 ans à la Maison de Chirurgie de l'Observatoire.

Le D^r Dericq comptait parmi nous de très nombreux amis et nous prions sa famille d'agréer l'expression de notre plus vive sympathie.

D^r BOIDARD

Nous avons le regret d'apprendre la mort à quarante-quatre ans du D^r Marcel Boidard, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Blois, chevalier de la Légion d'Honneur. M. le D^r Boidard a succombé aux suites d'une maladie contractée pendant la guerre.

M^e DUCUING

M^e Ducuing, avocat à la Cour de Paris, membre du Conseil de l'Ordre, membre de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, est décédé au mois d'août dernier après une très courte maladie. Sa perte sera très vivement ressentie par tous ceux qui ont eu l'honneur de connaître cet homme éminent. Orateur remarquable, esprit des plus distingués, il avait le mérite de juger les questions qui se rapportaient à notre spécialité avec une indépendance absolue et le plus vif souci de l'équité.

ÉCOLES D'INFIRMIÈRES

Le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales vient de prendre l'arrêté suivant :

Article premier. — Le Conseil de perfectionnement des Ecoles d'infirmières est composé comme suit :

Première section (infirmières hospitalières) : Mlle Chaptal, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; MM. Courmont, membre du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France ; le médecin principal Henri Lahaussais, délégué du Service de Santé militaire ; Mlle d'Haussonville, déléguée de la Société de secours aux blessés militaires ; Mme Chardayre, déléguée de l'Union des Femmes de France ; MM. Chenevriér, directeur des études de l'Ecole de la Salpêtrière ; Henri Colin, secrétaire général des Ecoles départementales d'infirmières de la Seine ; Rist, médecin des hôpitaux de Paris ; Vidal-Naquet, vice-président de la Commission administrative des hospices civils de Marseille ; Mlles Hamilton, directrice de l'Ecole d'infirmières de Bordeaux ; Fumey, directrice de l'hôpital civil de Reims ; Garcin, directrice de l'Ecole d'infirmières de Strasbourg.

Deuxième section (infirmières-visiteuses : service d'Hygiène sociale) : MM. l'inspecteur général Faivre, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; le professeur Calmette, membre du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France ; le professeur Maurice Letulle, membre de l'Académie de Médecine ; Labbé, directeur au sous-secrétariat d'Etat de l'Enseignement technique ; Lesage, secrétaire général du Conseil supérieur de la protection de l'enfance ; Mme Carnot, déléguée de l'Association des Dames françaises ; Mlle Milliard, déléguée du Comité national de défense contre la tuberculose ; MM. Lafosse, directeur de l'Ecole de pratique sanitaire de l'Institut Lannelongue ; Louis Martin, médecin en chef de l'hôpital Pasteur ; Chatin, médecin des hôpitaux de Lyon ; Mlle Delagrangé, surintendante du personnel féminin des Services d'hygiène des régions libérées ; M. Weill-Hallé, délégué de l'Ecole de puériculture de la Faculté de Médecine de Paris.

Art. 2. — Le bureau du Conseil de perfectionnement est ainsi formé : Président : M. le professeur Maurice Letulle ; présidente de la 1^{re} section : Mlle Chaptal ; présidente de la 2^e section : Mlle Milliard ; secrétaires : M. Henri Colin et Mlle Delagrangé. (*Journ. off.*, 30 août).

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
ET DES BEAUX-ARTS

DIRECTION DES RECHERCHES SCIENTIFIQUES
ET INDUSTRIELLES ET DES INVENTIONS

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

J'ai l'honneur de vous adresser, inclus, en vous priant de vouloir bien l'insérer(1) :

L'annonce d'un concours spécial doté de 17.000 francs de prix concernant les appareils ménagers.

Je me permets d'insister tout particulièrement sur l'utilité de faire connaître à vos lecteurs les avantages précieux de nouveaux concours appelés à encourager nos inventeurs et à provoquer des recherches susceptibles d'améliorer notre industrie. Nulle autre nation plus que la France n'est douée pour l'invention : la guerre l'a suffisamment prouvé. Il est donc du plus haut intérêt de mettre ces qualités éminemment françaises à la disposition de notre industrie nationale pour l'âpre lutte économique d'aujourd'hui et de demain.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, avec mes remerciements anticipés, l'expression de mes sentiments les plus distingués et dévoués,

*Le Directeur des Recherches Scientifiques
et Industrielles et des Inventions,
Membre de l'Institut,
Jean BRETON.*

Concours d'appareils ménagers : 17.000 fr. de prix.

Dans le but d'encourager les inventeurs français, de les aider dans la réalisation de leurs projets, d'orienter leurs recherches dans une voie essentiellement pratique, la Direction des Recherches Scientifiques et Industrielles et des Inventions se propose d'organiser des concours comportant des prix d'une valeur suffisante pour leur donner un retentissement sérieux et une efficacité réelle.

Un premier concours a pu être organisé.

Ce concours concerne tous les appareils destinés à facili-

(1) En raison des travaux de toutes sorte exécutés dans les ateliers des établissements d'aliénés, nous avons pensé que ce concours pourrait intéresser certains de nos collègues, médecins directeurs des asiles.

ter les travaux ménagers, appareils rendus plus intéressants que jamais par les circonstances économiques qui éloignent de plus en plus la main-d'œuvre des emplois domestiques. C'est ainsi que la grande difficulté que l'on rencontre maintenant à trouver des domestiques a déjà suscité en Amérique un effort très sérieux en vue d'améliorer ces appareils, d'en perfectionner le fonctionnement, d'en créer de nouveaux.

Il était utile de provoquer chez nous un effort analogue. C'est dans ce but que la Direction des Recherches et Inventions fait appel à l'esprit inventif, à l'imagination si fertile de nos nombreux chercheurs auxquels elle demande de participer à ce premier concours.

Seront admis à ce concours tous les appareils ménagers de nettoyage, balayage, chauffage, lessivage, cuisine, etc., en un mot tous les appareils susceptibles de simplifier, de faciliter, de rendre plus agréables les besognes si variées du ménage, les multiples travaux de la vie domestique.

Peuvent participer à ce concours non seulement les appareils déjà réalisés, mais encore ceux qui ne sont qu'à l'état de projet. Dans ce dernier cas, la Direction des Recherches et Inventions apportera, comme elle le fait d'ailleurs en toutes circonstances, son entier concours aux inventeurs pour l'étude, la réalisation et l'expérimentation de tous les projets jugés intéressants et utiles.

Dès maintenant et jusqu'au 1^{er} mai 1923, les appareils peuvent être soumis et les projets adressés à la Direction des Recherches Scientifiques et Industrielles et des Inventions, 1, Avenue du Maréchal Galliéni, à Bellevue, près Paris.

Une exposition des appareils retenus et des projets réalisés terminera le concours et les prix suivants seront attribués par un Jury composé des Présidents des Comités techniques de la Direction des Recherches et Inventions, aux inventeurs des appareils jugés les plus ingénieux, les mieux compris et les plus efficaces :

1 ^{er} prix	10.000 francs
2 ^e prix	3.000 francs
3 ^e prix	1.500 francs
4 ^e prix	1.000 francs
5 ^e prix	500 francs
6 ^e prix	500 francs
7 ^e prix	500 francs

CENTENAIRE DE PASTEUR

EXPOSITION SCIENTIFIQUE ET INDUSTRIELLE D'HYGIÈNE

Strasbourg, juin-octobre 1923

Le Gouvernement Français, approuvant l'initiative prise par l'Université et la Ville de Strasbourg, en accord avec la famille de Pasteur et avec l'Institut Pasteur de Paris, a décidé de fêter avec le plus grand éclat le Centenaire de l'illustre savant à Strasbourg, où il a commencé sa carrière scientifique et universitaire. Le programme de cette manifestation comporte :

1° Le 1^{er} juin 1923 l'inauguration solennelle d'un monument élevé à la gloire de Pasteur sur la place de l'Université ;

2° La création d'un Musée d'hygiène destiné à perpétuer la mémoire de Pasteur et de ses découvertes et à montrer par une leçon de choses le développement de la science bactériologique, qui a pris naissance à Strasbourg ;

3° L'ouverture d'une Exposition spéciale, dite du Centenaire de Pasteur, qui aura pour but essentiel de mettre en évidence toutes les conséquences de l'œuvre de Pasteur dans le domaine de la Médecine, de l'Hygiène, de l'Industrie et de l'Agriculture.

Cette Exposition sera inaugurée le 1^{er} juin 1923, en présence de M. le Président de la République, des Membres du Gouvernement, des Représentants du Parlement et de nombreux Savants français et étrangers.

L'Exposition du Centenaire de Pasteur, tout en comprenant les nombreuses applications, tant scientifiques que pratiques de la Bactériologie, doit particulièrement mettre en lumière la grande révolution qu'ont apportées les découvertes de Pasteur dans les conditions de la vie. L'Exposition a pour but de mettre en relief dans le domaine de l'Hygiène, la science comme guide de maintes industries et la technique industrielle comme l'aide indispensable de la science. De cette façon, l'Exposition sera une digne démonstration de l'œuvre de Pasteur. Elle intéressera à des titres divers les savants auxquels il a été fait appel, le public qui sera attiré à Strasbourg à cette occasion et tous les exposants qui trouveront dans les récompenses distribuées la consécration légitime des efforts qu'ils ont faits pour fonder leur fabrication sur une base scientifique.

C'est pour bien marquer ce caractère, que les spécialistes les plus qualifiés en chaque matière ont été priés d'accepter

la Présidence d'Honneur des diverses sections, et que les comités ont été organisés en conséquence : les récompenses accordées à l'occasion du Centenaire de Pasteur auront de ce chef une valeur particulière.

Divers Congrès, qui se tiendront pendant la durée de l'Exposition, parmi lesquels on peut dès aujourd'hui compter sur ceux de la Tuberculose, du Cancer, de la Syphilis, de la Puériculture et de la Natalité, de l'Hydrologie, du Froid, de la Zootechnie et des Jardins ouvriers, attireront un public particulièrement compétent.

Du reste, il est certain que Strasbourg sera pendant la période de l'Exposition le lieu d'une grande animation, non seulement par suite de l'attraction habituelle que la vallée du Rhin exerce sur les voyageurs et les touristes, mais en dehors du fait même de l'Exposition, en raison des diverses réunions importantes qui s'y tiendront et des fêtes sportives variées qui se succéderont sur le stade spécialement aménagé par la Ville de Strasbourg.

Le Président du Comité d'Organisation :

D^r G. WEISS,

Doyen de la Faculté de Médecine.

Le Commissaire Général de l'Exposition :

D^r BORREL,

Professeur d'Hygiène et de Bactériologie.

L'exposition comprend six groupes subdivisés en 27 sections.

Le Groupe III, Hygiène Collective, comprend plusieurs sections dont l'une, la section 12, est consacrée à l'Hygiène Sociale, se subdivisant elle-même en plusieurs sous-sections. L'une de ces sous-sections (classe 24) est réservée à l'Alcoolisme et à l'Hygiène mentale.

Par décret du Président de la République, M. le professeur Borrel, directeur de l'Institut d'hygiène et de bactériologie de Strasbourg, est confirmé dans la fonction qu'il occupe de Commissaire général pour l'Exposition scientifique et industrielle d'hygiène qui doit s'ouvrir à Strasbourg en 1923 en vue de commémorer le centenaire de Pasteur.

Sont nommés adjoints techniques à M. l'inspecteur général Rondel, délégué du ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales auprès du Commissaire général : M. le D^r Fillassier et M. le D^r Cruveilhier.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique



L'Expertise psychiatrique et les Médecins non spécialisés

Dans une communication déjà ancienne à la Société Médico-Psychologique, M. Henri Colin s'élevait contre « cet usage déplorable en vertu duquel on confie l'examen de l'état mental d'un inculpé à un expert que certainement ni ses études antérieures ni sa pratique journalière ne qualifient pour cette besogne ». Il citait le cas d'un prévenu incontestablement aliéné, interné antérieurement pendant deux ans à l'asile de Gaillon, et qui fut considéré comme responsable et simulateur par un médecin dépourvu de connaissances en médecine mentale. Les deux volumes si riches de faits de MM. Pactet et Colin : *Les aliénés devant la justice ; Les aliénés dans les prisons*, contiennent une série d'exemples analogues ; les auteurs y insistent avec beaucoup de

force sur la nécessité de ne confier l'examen des inculpés et détenus, suspects d'aliénation mentale, qu'à des médecins compétents. « Le nombre des asiles et des médecins aliénistes, ajoutent-ils, est assez grand à l'heure actuelle (il existe en moyenne un asile par département) pour que cette mesure ne présente aucune difficulté ».

*
*
*

On aimerait à penser que, parmi tous les errements dénoncés il y a vingt ans par mes excellents maîtres, celui-ci, du moins, a cessé d'exister, et que la désignation des experts se fait maintenant de façon plus judicieuse. A vrai dire, depuis cette époque, quelques décisions sont intervenues qu'il convient de souligner. La circulaire du Ministre de l'Intérieur, en date du 10 juillet 1906, relative aux condamnés atteints d'aliénation mentale, spécifie que c'est un « spécialiste » qui devra être désigné par le préfet pour visiter l'aliéné détenu et présenter un rapport. La circulaire du Garde des Sceaux, du 25 janvier 1914, précise et développe ces instructions. Aux termes de cette circulaire, dès que les préfets seront informés qu'un détenu présente des troubles mentaux, ils devront charger *un médecin spécialiste des affections mentales* de visiter sans retard le détenu. Exception est faite pour les cas de danger imminent, pour lesquels les préfets auront à statuer sans délai. S'il n'existe pas de spécialiste à proximité du lieu de la détention, *mais seulement dans ce cas*, ils auront à choisir le médecin, autre que celui de la prison, qui leur paraîtra le plus qualifié. Et pour bien préciser sa pensée, le rédacteur de la circulaire, reprenant en des termes presque identiques l'idée exprimée par MM. Pactet et Colin, écrit : « Il existe actuelle-

ment un grand nombre d'asiles publics ou privés, il est rare qu'un département en soit dépourvu. Il sera donc facile, dans la plupart des cas, d'exécuter la prescription ci-dessus ».

Que la guerre ait retardé ou suspendu l'application de cette circulaire, rien de plus naturel. Mais que cette omission persiste encore à l'heure actuelle, il est permis de s'en étonner. C'est pourtant ce que j'ai constaté à différentes reprises. Pour m'en tenir aux faits les plus récents, j'ai vu entrer, depuis un an, dans le même asile, sept détenus qui avaient présenté, après leur condamnation, des symptômes d'aliénation mentale. Une seule fois, l'expertise prescrite par la circulaire du 25 janvier 1914 a été confiée à un aliéniste. Un autre cas offrait, d'après le certificat du médecin de la prison, le caractère d'urgence prévu par la circulaire, et n'a pas nécessité, par conséquent, l'intervention d'un expert. Quant aux cinq autres détenus, répartis dans deux maisons centrales, ils ont été examinés par deux honorables praticiens, assurément très distingués, mais dont les connaissances en médecine mentale sont vraiment, par trop rudimentaires. Il suffit pour s'en convaincre de parcourir leurs rapports. Sans doute ont-ils pensé que le principal mérite d'un travail de ce genre est la concision, car ces rapports sont tous d'une brièveté remarquable. Un diagnostic de confusion mentale est posé en huit lignes, sans aucune discussion, sans que l'hypothèse de simulation soit envisagée un seul instant. Parfois l'expert se dispense de tout diagnostic, et se réfère uniquement aux renseignements fournis par le personnel de la prison. Voici, par exemple, la conclusion d'un de ces rapports : « De l'avis des personnes qui

l'approchent et l'observent, son état mental qui a toujours été plutôt anormal tend à empirer depuis un certain temps, ses actes deviennent l'occasion de discussions plus ou moins violentes avec les autres détenus, il est une cause de désordre. Aussi, à mon avis, il serait indispensable de le diriger vers un asile d'aliénés d'où il pourra revenir à la maison centrale, si par hasard son état s'améliorait ».

Le même expert, examinant quelque temps auparavant un autre détenu, consacre la plus grande partie de son rapport à la relation, sans aucun contrôle, des antécédents du sujet tels qu'il lui sont décrits par celui-ci. L'examen direct se borne à la constatation que B... est un violent, un bavard ; « il n'est pas fou, c'est un maniaque qui ne rêve que fortune rapide avec gros bénéfices », c'est « un individu très rancunier qui en veut particulièrement aux agents qui l'ont arrêté et à ses avocats qu'il accuse de l'avoir fait condamner », et c'est tout. La conclusion, venant après de telles prémisses, est plutôt inattendue : « Il lui reste relativement peu de temps d'internement à effectuer. Je conseillerai son isolement pendant quelques mois dans un asile d'aliénés, sa mise en observation, et son internement définitif si ses idées de vengeance persistent, car dès sa libération il deviendra dangereux pour tout individu ressemblant plus ou moins aux personnes qui ont joué un rôle dans son arrestation ou sa défense en justice ».

Qu'on relise maintenant les instructions si précises du Garde des Sceaux : « L'examen mental d'un détenu devra toujours être fait avec un soin tout particulier, afin d'éviter aussi bien toute erreur de diagnostic que le placement d'individus qui simuleraient la folie dans l'espoir de s'évader plus facile-

ment de l'asile que de la prison. C'est ainsi que devra être exigé le maintien en observation dans l'établissement pénitencier de tout individu dont l'aliénation mentale ne serait pas absolument établie, le trouble que la présence d'un détenu supposé aliéné peut apporter dans l'ordre et la tranquillité d'un établissement ne pouvant pas être seul un motif suffisant pour provoquer son placement dans un asile... » On voit jusqu'à quel point ces instructions ont été méconnues dans les exemples relatés plus haut. La démonstration sera complète si j'ajoute que parmi les cinq condamnés soumis à ce genre d'expertise paradoxal se trouvait un simulateur. Il s'agissait d'un récidiviste du vol, condamné cinq fois, et qui accomplissait à la maison centrale de X... une peine de sept ans de réclusion. Il fut envoyé à l'asile à la suite d'un rapport le signalant comme atteint d'épilepsie et présentant des crises de surexcitation, rapport qui contenait cette affirmation impressionnante : « C... est épileptique depuis son jeune âge... » A l'asile, dès le premier examen, C... avoua qu'il simulait l'épilepsie, et, à ma demande, il reproduisit sur le champ une crise convulsive, d'ailleurs parfaitement imitée. C..., fut reconduit à la maison centrale après un mois d'observation pendant lequel aucun trouble nerveux ou mental ne fut constaté.

Je me garde de généraliser, mais, en tout état de cause, de tels faits sont très regrettables, et ils ne se seraient pas produits si la circulaire du Garde des Sceaux avait été partout appliquée. Ces faits, l'autorité supérieure les ignore et croit à la stricte exécution des mesures qu'elle a édictées. A tel point que, dans les accusés de réception provenant du Ministère de la Justice et approuvant le place-

ment des détenus à l'asile, les auteurs de ces surprenantes expertises sont qualifiés de « médecins aliénistes » ! Espérons qu'ils ne vont pas se prévaloir de ce titre pour exiger leur inscription dans le cadre des médecins des asiles publics, et pour revendiquer les postes que la carence de nos jeunes collègues reçus au concours laisse chaque année si fâcheusement libres...

* * *

Je n'ai envisagé jusqu'à présent que les expertises prescrites par les préfets et concernant les condamnés devenus aliénés pendant l'accomplissement de leur peine. Restent les cas, beaucoup plus nombreux, où l'examen mental est requis, au cours d'une instruction, par un magistrat ou un tribunal. Ce sont les Cours d'appel qui désignent chaque année, sur les listes de proposition des tribunaux de première instance, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux. Mais les garanties demandées à ces médecins se réduisent en fait à celle-ci : avoir cinq ans d'exercice de la profession médicale — ce qui est sans doute une précaution excellente, mais ce qui n'est peut-être pas suffisant lorsque l'expert doit résoudre un problème, parfois très complexe, de pathologie mentale. L'article 2 du décret du 21 novembre 1893 qui contient la disposition précédente a été modifié, il est vrai, par le décret du 10 avril 1906, et désormais les médecins experts doivent avoir au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale, ou être munis soit du diplôme de l'Université de Paris portant la mention : « Médecine légale et psychiatrie », soit d'un diplôme analogue créé par d'autres Universités par application de l'article 15 du décret du 21 juillet 1897.

Dans quelle mesure cette innovation constitue-t-elle un progrès réel, c'est ce que le cadre restreint de cette chronique ne me permet pas d'examiner. Je sais toutefois d'excellents esprits qui, s'ils se défendent de critiquer la création d'un diplôme de « médecine légale » proprement dite, déplorent qu'on y ait joint une partie psychiatrique. Ils doutent qu'en quelques mois d'études — eût-il suivi les cours les plus brillants et les exercices pratiques les mieux dirigés — un médecin puisse acquérir l'expérience indispensable pour prendre des décisions dont dépendent la liberté et parfois la vie d'un homme. Quoi qu'il en soit, un magistrat n'est nullement tenu, à l'heure actuelle, quand il veut être éclairé sur l'état mental d'une personne, de choisir comme expert un médecin diplômé de l'Institut de médecine légale et psychiatrie. Il peut tout aussi bien désigner tel autre praticien inscrit sur la liste des experts et n'ayant jamais fait le moindre stage de médecine mentale, puisqu'avant le nouveau régime d'études ce stage n'était pas obligatoire. Il n'est donc pas surprenant de retrouver dans la relation de certaines expertises psychiatriques confiées par des magistrats à des médecins non spécialisés, une fantaisie qui prêterait à sourire si le sujet n'était pas si grave : rapports de vingt lignes dont dix consacrées au rappel des renseignements et à l'examen physique, et quatre à l'état mental ; affirmation de la démence sans aucune justification ; description purement subjective des troubles mentaux ; bref, une insuffisance de technique qui conduit trop souvent à des appréciations erronées. Si une erreur est excusable lorsqu'elle résulte des difficultés d'un diagnostic, elle est inadmissible quand elle tient à un manque de connaissances. Celui-ci est manifeste dans les faits que j'ai en vue. Ne pouvant les citer tous, j'en

résumerai deux, d'ordre différent, mais également caractéristiques.

Un individu, arrêté pour escroquerie, est soumis à un examen mental. Il allègue un internement antérieur que le médecin non-spécialiste chargé de l'expertise ne songe pas à vérifier, et qui était faux. L'expert constate un état d'excitation intense, des paroles adressées à des personnages imaginaires, l'excentricité de la tenue. Puis il fait les constatations suivantes, qui, chez tout médecin averti, eussent immédiatement évoqué l'idée de simulation : « Le plus souvent, il reste tranquille dans sa cellule, mais quand les gardiens s'approchent, il gesticule, se livre à des contorsions et répète les phrases : oui, oui, etc., que nous avons signalées plus haut. Il dit qu'au cours de son séjour à Bicêtre il fut nécessaire de le nourrir à la sonde, il prétend ne pas manger sous prétexte qu'on veut l'empoisonner. Or ses gardiens affirment qu'il mange d'un excellent appétit. » En dépit de ces remarques, le mot de simulation n'est même pas prononcé, et l'expert conclut à l'irresponsabilité. A l'asile, la simulation est soupçonnée dès le début et l'aveu obtenu quelques jours après. Mais, en raison des conclusions de l'expert, le simulateur avait déjà bénéficié d'un non-lieu.

Dans d'autres cas, si l'internement est justifié, on peut dire que c'est par hasard, tellement le rapport de l'expert dénote son ignorance en pathologie mentale. Voici un persécuté-persécuteur classique dont l'observation pourrait figurer comme modèle dans un traité de psychiatrie. Sous l'influence de son délire, il a commis un meurtre. L'affaire, toute récente, est instruite dans une ville peu éloignée de Paris, et il eut été naturel de confier l'expertise à un aliéniste parisien. La personnalité de l'inculpé,

docteur en médecine, ancien élève de Magnan, indique tout particulièrement l'intervention d'un spécialiste. Il n'en est rien, et le juge d'instruction désigne comme expert le médecin-légiste du lieu. Celui-ci, après avoir complaisamment décrit le facies du Dr X... qu'il compare à un gorille (!), le déclare atteint de paralysie générale parce qu'il a contracté la syphilis... 44 ans auparavant (l'inculpé est âgé de 67 ans) et parce qu'il présente un état psychique « fait de délire de persécution et parfois d'idées de grandeur ». Bien entendu, aucune recherche des symptômes physiques, aucun examen du fonds mental. La conclusion de cet invraisemblable rapport est à souligner : « DEMI-FOU dangereux, à interner et à surveiller ». Demi-fou, ce sujet qui a été qualifié, quelques lignes plus haut, de paralytique général, et qui est en réalité l'aliéné le plus complet qui se puisse voir ! Ce mot en dit plus, à lui seul, que tous les commentaires.

* * *

On m'objectera peut-être qu'il s'agit là de cas exceptionnels. Or je lis dans l'ouvrage récent de M. Henri Damaye : *Le médecin devant l'Assistance et l'enseignement psychiatriques* : « Dans le département du Nord... il fut, avant la guerre, tout à fait rarissime que l'on confiât des expertises mentales aux aliénistes non spécialisés », et ce n'est pas dans ce département que j'ai recueilli ma documentation personnelle. A titre d'indication, j'ai relevé le nombre des placements effectués dans un asile en 1922, les deux derniers mois exceptés, à la suite d'expertises médico-légales ordonnées par des magistrats. Sur 25 cas, l'expertise a été faite :

16 fois par un médecin aliéniste ;

2 fois par un médecin diplômé de l'Institut de Médecine légale et de psychiatrie ;

7 fois par un omnipraticien sans aucune compétence en médecine mentale.

J'admets que ce coefficient d'incompétence, si je puis dire, s'abaisse dans d'autres régions ; il suffit que de tels abus soient possibles pour qu'il soit légitime de les faire connaître et d'en demander la suppression. Parfois, certes, l'intervention du médecin d'asile peut corriger l'erreur de l'expert, mais il n'en est pas toujours ainsi. Nous savons tous que des individus non aliénés, déclarés irresponsables par un expert incompétent, échappent à la fois à une condamnation méritée et à l'internement : ils ne font que passer à l'asile, sans y être retenus, puisque le médecin aliéniste ne constate chez eux aucun trouble mental, et d'autre part, à leur sortie, ils ne peuvent être renvoyés en prison, puisqu'ils ont déjà bénéficié d'un non-lieu ; j'en ai cité un exemple. Et il y a l'erreur inverse, plus grave encore, et si bien mise en lumière par MM. Pactet et Colin : le véritable aliéné méconnu par l'expert et condamné par le Tribunal ou la Cour d'assises.

Le remède à cet état de choses dépend d'une double intervention du Garde des Sceaux : auprès des préfets, pour appeler leur attention sur la nécessité d'appliquer strictement la circulaire du 25 juin 1914 ; auprès des Présidents et Procureurs généraux des Cours d'appel, pour préciser dans quelles conditions doit se faire le choix des experts près les Tribunaux. Déjà, une circulaire du 27 juin 1906, adressée par M. Sarrien à ces magistrats sur l'application de la loi de 1838, contenait d'excellentes remarques : « Il convient à ce propos, écrivait le Ministre de la Justice, de signaler que l'étude

des maladies mentales forme une branche particulière et spéciale des sciences médicales. En conséquence, lorsque les cours et tribunaux auront à choisir l'expert qu'ils nommeront, ils ne devront pas perdre de vue cette considération, et, dans la mesure du possible, faire porter de préférence leur désignation sur un médecin aliéniste spécialisé dans l'étude des maladies mentales, et offrant ainsi une compétence de nature à donner toutes les garanties souhaitables. » Mais ces instructions ne s'appliquent qu'aux expertises relatives à la sortie des aliénés internés et l'on voit de quelles réserves elles sont entourées. Il semble qu'une circulaire analogue ne serait pas suffisante en ce qui concerne la désignation des médecins chargés de l'expertise psychiatrique des prévenus, car les décrets du 21 novembre 1893 et du 10 avril 1906 sont toujours en vigueur. Il conviendrait donc de modifier ce dernier décret et d'y introduire une disposition spécifiant que l'examen mental d'un inculpé doit toujours être confié à un médecin aliéniste. Tel est le sens du vœu que j'ai défendu à la dernière assemblée générale de l'Amicale des aliénistes, et qui a recueilli l'approbation de mes collègues. Le public et même certains magistrats, peut-être aussi d'excellents confrères, pourront ironiser sur l'infailibilité des aliénistes. Nul d'entre nous n'a une telle prétention, et nous connaissons mieux que personne les limites de notre savoir. Il ne s'agit pas d'une question d'infailibilité, mais d'une question de compétence, et on nous accordera, j'imagine, que la compétence permet de rétrécir quelque peu le champ de l'erreur.

SUR DEUX CAS D'AUTO-ACCUSATION PATHOLOGIQUE

Par le Dr August WIMMER

Professeur de psychiatrie à l'Université de Copenhague (1)

« En matière d'auto-accusation,
en effet, chaque observation est
un roman nouveau.... »

E. DUPRÉ.

L'épigraphe ci-dessus, empruntée au regretté professeur de Ste-Anne, s'applique surtout aux *psychomécanismes* pathologiques *intimes*, dont relève l'auto-accusation malade concrète. Or, tandis que la clinique des auto-accusations est à peu près établie, au moins dans ses grandes lignes, l'*exploration psycho-pathologique approfondie de chaque cas individuel* s'impose toujours à l'aliéniste, non seulement, en raison de l'intérêt purement scientifique, mais aussi, et surtout, dans les cas médico-légaux, pour qu'il puisse se prononcer, avec une certitude suffisante, sur la nature pathologique ou non-pathologique de l'auto-accusation.

Tout le monde est d'accord sur la nature tout à fait *pathologique* des auto-accusations des mélancoliques, des alcooliques hallucinés, des délirants, des déments, etc. ; ce sont là des auto-accusateurs *sincères*, selon l'expression de Vallon. Mais, quand il s'agit des auto-accusateurs dégénérés (débiles intellectuels, débiles moraux, etc.), des auto-accusateurs hystériques, il y a en France, comme ailleurs, une tendance marquée à faire intervenir dans la genèse de l'auto-accusation, à côté de l'état anormal constitutionnel du sujet, un facteur de *volonté consciente*. Ce serait seulement dans des cas assez rares que l'auto-accusateur dégénéré ou

(1) Travail du laboratoire de Psychiatrie de l'Université et de la Clinique des maladies nerveuses et mentales de l'Hôpital de Copenhague.

hystérique serait « un sincère » ; le plus souvent il serait « menteur », « conscient de son mensonge, narrant en mystificateur plus ou moins habile et indifférent » (*Vallon*), poussé par un appétit morbide de gloriole, par un besoin instinctif de mise en scène, auquel s'associe presque toujours « un sentiment de malice » plus ou moins prononcé (d'où provient souvent l'auto-hétéro-accusation). Pour *Dupré*, un bon nombre des cas d'auto-accusation des dégénérés ou des hystériques rentre dans le cadre de la mythomanie, variété de déséquilibre psychique, caractérisée par la tendance constitutionnelle à l'altération de la vérité, au mensonge, à la fabulation et à la simulation, sous l'influence de mobiles divers (malignité, vanité, cupidité, lubricité, etc.).

Certes, il y a des cas d'auto-accusation chez les dégénérés amoraux, chez les hystériques en même temps dégénérés amoraux, où interviennent des psycho-mécanismes conscients, de la « mauvaise foi », de la malignité, etc. Ou bien on parle, avec *Babinski*, de la demi-simulation. Mais, je me suis toujours demandé, en examinant un grand nombre d'hystériques, de mythomanes dégénérés, si, en adoptant cette manière de voir, on ne se dissimulerait pas trop souvent les mobiles *les plus intimes et purement pathologiques* de ces accidents hystériques, mythomaniques, etc.

Pour moi, comme pour beaucoup d'autres, les troubles hystériques, somatiques et psychiques rentrent, avec un grand nombre « des accidents mentaux des dégénérés », dans le groupe des *psychoses et névroses psychogènes*.

Sous le nom de psychoses psychogènes, je comprends les tableaux pathologiques cliniquement autonomes qui (étant présumée une certaine prédisposition — diathèse psychogène, tempérament émotif — *Dupré*) sont provoqués par des traumatismes psychiques, par « l'émotion-choc », l'émotion prolongée, le conflit psychique intérieur, le désir « caché », etc. Ces souffrances psychiques sont ce qui détermine l'apparition de la maladie mentale, ses variations (rémissions, exacerbations) et souvent aussi sa cessation ; mais elles sont

surtout capitales pour le *contenu*, le fonds de la maladie mentale qui *reflète* directement ou indirectement (d'une « façon masquée » ; voir plus loin) le *traumatisme psychique causal*, tant au point de vue de la teinte (le contenu ?) des idées qu'en ce qui concerne la teinte de l'émotion. Il s'agit donc de l'action à la fois *pathogène et pathoplastique* des émotions fixées (P. Janet, Roussy et Lhermitte, etc.), tantôt comme étant un résultat plus immédiat dans le temps, tantôt et plus souvent comme étant *des récidives des émotions*, des troubles psychiques épisodiquement prononcés, qui sont dus à une nouvelle « émergence » du traumatisme pathogène, à une réactivation du conflit moral intérieur, etc. Car, ce qui est fondamental chez ces individus à diathèse psychogène, c'est *leur aptitude à subir des émotions anormalement intenses* (avec leurs effets collatéraux psychiques et physiques) et *à revivre ces émotions avec une intensité et un retentissement sur leur vie psychique, à peu près semblables à ceux de l'émotion primordiale* (1). Cette manière de concevoir les maladies mentales (et les névroses) psychogènes est, en dernière analyse, un retour à la doctrine de Bricquet : « On ne devient hystérique qu'après avoir souffert..... ».

Dans les pages qui suivent, je vais revenir sur les mécanismes psychogènes précis. Ici, en ce qui concerne la question « sincère mystificateur ? » en matière d'auto-accusation, je ferai uniquement ressortir que c'est justement la genèse émotive, ce fond de complexus idéo-émotif, dont l'individu est plus ou moins conscient, qui est plus ou moins intimement entrelacé avec le reste de la vie mentale du sujet, qui *doit* donner des allures cliniques particulières aux auto-accusations de ces « hystériques » ou des dégénérés psychogènes (comme aussi à leur autre fabulation mythomane) ; ce sont ces allures qui différencient ces auto-

(1) J'ai traité la question d'une manière plus approfondie dans mon travail paru seulement en danois, jusqu'à présent « Psykogene Sindslidelser » (Maladies mentales psychogènes) ; travail publié à l'occasion du jubilé de l'Hôpital St-Jean. Copenhague, 1916.

accusations, par exemple, de celles du mélancolique, des auto-dénonciations de l'alcoolique chronique, engendrées par un rêve prolongé, etc. (1).

Chez ces individus psychogènes, les auto-accusations sont souvent (mais sont loin d'être toujours ; voir ci-dessous) plus mobiles, moins tenaces, il y a souvent plus de « mise en scène », elles sont plus mélodramatiques, cela justement parce que ces auto-accusations sont engendrées par une émotion que le malade *revit* à nouveau. Et si leurs auto-accusations (comme aussi leurs autres représentations mythomaniaques, paranoïques, etc.), sont souvent défectueuses au point de vue de la logique, de la relation systématisée ou si même elles se contredisent elles-mêmes, si elles se montrent aptes à être influencées par la suggestion, l'explication de ces faits n'est certainement pas le plus souvent « l'insincérité », mais elle doit être cherchée dans le fait que la logique de ces individus est différente de celle des sujets normaux : « Ce ne sont pas systématisations logiques, ce sont systématisations vivantes et vécues » (*Blondel*) (2).

Pour l'individu, au moment de sa fabulation mythomaniaque, de ses auto-accusations, ces produits pathologiques de la conscience ont une « *réalité intime* » ; elles sont pour lui des *faits* fictifs, comme elles le sont pour un *Tartarin de Tarascon*, pour un *Peer Gynt*. Dans l'ensemble, pour les mythomanes pathogènes, comme pour les enfants à leur période imaginative

(1) Du reste, je ne suis pas du tout certain que les mélancoliques eux-mêmes, par exemple, soient toujours sincères dans leurs auto-accusations, en tout cas en ce qui concerne la *formule verbale* de celles-ci. J'ai eu récemment, ici, une femme mélancolique, qui, au milieu d'un profond repentir, s'accusait d'avoir négligé de soigner sa mère au cours d'une maladie. Mais, au cours d'un entretien en tête à tête, elle me confia quelques jours plus tard que « ce n'était pas tout à fait pour cela » qu'elle se sentait coupable, mais, plutôt, pour son onanisme, ses liaisons sexuelles. D'après mon expérience, ce n'est pas là un cas isolé. De même, chez les mélancoliques, le complexe idéo-émotif s'efforce de s'éteindre sous un masque (emotional hieroglyphes, *Reede*). Comme le dit *La Rochefoucauld* : « Nous n'avons de petits défauts que pour persuader que nous n'en avons pas de grands ».

(2) La conscience morbide. Paris, 1914, p. 20.

(« age of fancy », *Sully*), la limite ne doit pas être tracée entre « vérité » et « mensonge », mais bien entre « vérité » et « jeu » (« Spiel », comme dit *H. Vogt*) (1).

Chez les deux malades dont je vais maintenant relater les observations, il ne sera pas difficile de démontrer la « sincérité » dans leurs auto-accusations.

O..., femme divorcée, 28 ans, entrée à l'Hôpital Saint-Jean, le 24 mars 1914.

Le développement physiologique a été normal pendant l'enfance et la puberté ; depuis son enfance, elle a présenté de la somniloquie, des terreurs nocturnes ; pas de syncopes, pas de convulsions. A l'école, elle a été assez intelligente, assidue ; elle a appris la comptabilité.

Mariée en 1903 ; le ménage a été en proie à des difficultés économiques. Aussi, le mari a beaucoup voyagé ; il semble avoir eu des liaisons extra-conjugales ; en tout cas, il a infecté sa femme de blennorrhagie en 1907. La malade n'a pas eu d'infection syphilitique, ni ne s'est pas livrée aux excès alcooliques.

Elle a accouché quatre fois : 1° en 1904, d'un garçon actuellement vivant et en bonne santé ; 2° en 1905, d'une fille également en vie et saine ; 3° en 1906, accouchement avant terme ; l'enfant, une fille, n'a vécu que quelques mois et mourut subitement et d'une manière tant soit peu alarmante, en juillet de la même année ; 4° en 1908, elle a accouché d'une fille qui est vivante et en bonne santé.

D'après des renseignements nombreux et concordants, provenant du dossier de la malade (voir ci-dessous), de ses parents, du mari divorcé, etc., on peut constater qu'avant son mariage O... n'a pas manifesté de troubles mentaux prononcés ; elle s'est montrée « sensée », sincère, honnête, d'un caractère comme « celui de tout le monde ». Peu de temps après son mariage, c'est-à-dire au cours de sa première grossesse (2), un remarquable changement de caractère se manifesta chez elle ; elle devint d'humeur instable, avec des périodes de dépression, elle manifestait une « imagination très vive, maladive », elle narrait des histoires inventées à plaisir, et des « mensonges ». Elle devint d'une grande légèreté au point de vue pécuniaire, vendant tout

(1) *H. Vogt*. — Ueber jugendliche Lügnerinnen. Zeitschr. f. Erforsch. des jugendl. Schwachsinn, 1910, vol. 3, p. 394.

(2) Pendant cette grossesse, elle a eu du *pica* assez prononcé.

le mobilier du ménage, jusqu'aux lits des enfants ; elle contracta des dettes considérables, fit d'importants achats dans les magasins, ordinairement sous des noms d'emprunt ; mais également, elle fit souvent des commandes pour des personnes tout à fait imaginaires, commandes qui ne pouvaient lui procurer le moindre profit. Elle devint voleuse, s'emparant « de tout ce qu'elle voyait », selon l'expression de sa mère ; elle vole sa mère, son mari, ses amies ; dans les grands magasins, aussi, elle a dérobé un grand nombre d'objets, de valeur très variable et jusqu'à des choses absolument sans aucune valeur. On ne saurait dire comment elle a dépensé le produit de ses vols ; elle n'a pas étalé de grand luxe dans sa vie extérieure, etc. ; de même elle ne s'est pas livrée à des débauches alcooliques ou autres.

Pendant quelques années, elle a souvent *vagabondé*, s'en allant brusquement sans prévenir personne, sans but déterminé, dans une ville ou dans une autre où elle s'installait alors à l'hôtel, pour y vivre, d'après tout ce qu'on sait, assez paisiblement sous un nom supposé ; puis, elle quittait l'hôtel, sans payer sa note et allait dans un autre.

Elle a été condamnée pour vol, escroqueries, etc., quatre fois, en 1907, 1909, 1910, 1911. Elle a été internée deux fois dans une maison de correction ; plusieurs fois, les choses ont été arrangées par sa famille avec de l'argent. Toutes les fois qu'on l'a arrêtée, elle a toujours avoué ses délits en fournissant de minces excuses.

Pendant son quatrième séjour dans la maison de correction, elle a été soignée durant quelques semaines pour insomnie, amaigrissement, hallucinations auditives (elle entendait les voix de sa mère, de ses enfants, etc., lui faisant des reproches) ; dans la prison, elle commit une seule fois un petit larcin de comestibles ; à part cela, sa conduite fut bonne dans cet établissement ; mais le médecin de la prison la qualifia de « personne lâche et sans volonté, non impressionnée par la peine qu'elle subit ».

A l'expiration de ses peines, elle put pendant quelques mois séjourner assez tranquillement chez elle ou chez ses parents ; mais brusquement elle repart pour une autre fugue.

La vie conjugale a été interrompue en 1909-1910 en raison de ses délits, puis reprise pour quelques mois, elle fut définitivement terminée par le divorce en mars 1912. Des trois enfants vivants, la plus jeune des filles demeura avec le père, les deux autres enfants furent confiés aux parents de la malade.

Quant aux liaisons extra-conjugales possibles de la malade, nous savons seulement qu'elle a eu un amant l'année dernière et qu'elle est *actuellement enceinte de 7 mois*. Il y a déjà un an, le mari semble avoir fait allusion à l'illégitimité vraisemblable de la petite fille née en 1908.

Chose extraordinaire, O..., malgré ses condamnations répétées, eut, en juillet 1913, l'autorisation de se charger d'un nourrisson, un garçon de trois mois. Cet enfant ne demeura que cinq ou six jours avec O... ; elle alla le déposer chez une Mme X... qu'elle ne connaissait pas du tout. Elle demanda à cette dame de vouloir bien garder le nourrisson pendant quelques heures et elle ne revint pas le reprendre. Il semble, d'après son dossier, qu'il ne s'agissait pas de soins rémunérés (1).

Le 4 octobre 1913, O... est de nouveau arrêtée pour de nouvelles escroqueries dans différents hôtels, exécutées pendant une nouvelle fugue. Comme à l'ordinaire, elle a tout avoué. Pas de troubles mentaux prononcés pendant sa détention (?).

Le 1^{er} décembre 1913, sur une question du juge voulant savoir si elle avait encore quelque délit à avouer, elle a émis l'*auto-accusation* suivante : *l'un des premiers jours de juillet 1913, elle aurait tué, au moyen de morphine, le nourrisson mentionné plus haut et elle l'aurait enterré de nuit, dans la tombe de son propre enfant, mort en 1906*. Son récit de l'infanticide fut très détaillé : elle a narré la mauvaise santé du nourrisson, ses gémissements, la façon dont elle lui a administré « les gouttes de morphine, la manière dont il s'est apaisé, puis endormi pour ne pas se réveiller ». Elle a, ensuite, enveloppé le corps d'une jupe, l'a porté au cimetière, et lui a creusé une petite fosse près de la tombe de son propre enfant, etc., etc. Pendant cette auto-accusation, elle semble avoir été très déprimée et en proie aux remords. Conduite au cimetière pour indiquer l'endroit de la sépulture, elle n'a pu le retrouver ; on a fouillé dans la tombe de son enfant sans rien trouver. Néanmoins, O... a soutenu la vérité de son auto-dénonciation, même quand on lui a dit que le nourrisson se trouvait sain et sauf chez la femme X...

Quelques jours après, O..., à l'auto-accusation première, ajouta *qu'elle aurait aussi, en août 1913, tué sa propre fille, née en 1908* (2), et cela de la même manière, à l'aide de

(1) Il faut se rappeler qu'elle n'avait pas gardé chez elle ses propres enfants qui étaient demeurés ailleurs.

(2) Et qui est restée avec le mari.

morphine. L'affirmation du mari que l'enfant prétendue empoisonnée se trouvait bien chez lui, ne sembla pas faire la moindre impression sur la malade : « C'est seulement pour me consoler qu'on me raconte ces histoires. » Et pour affirmer davantage la réalité de son auto-accusation, elle ajouta qu'elle avait aussi résolu de se procurer un cercueil pour le nourrisson qu'elle aurait tué. Mais, l'argent lui faisant défaut, elle n'a pu s'en procurer un avant septembre 1913. Les recherches de la police, en raison de cette déclaration de O..., ont relevé le fait qu'un des premiers jours de septembre 1913, O... est réellement entrée dans un magasin de cercueils pour y commander un cercueil d'enfant de un an et demi ; le cercueil devait être envoyé à Mme H..., rue ... Inutile d'ajouter qu'en arrivant avec le cercueil à l'endroit désigné, le marchand ne trouva personne du nom de H... Interrogée sur cette conduite bizarre, O... expliqua qu'elle avait bien l'intention de venir elle-même emporter le cercueil avant l'heure fixée pour sa remise chez Mme H...

Le 14 janvier 1914, elle est transférée de la prison à la Clinique des Maladies mentales de l'Hôpital Municipal de Copenhague. Ici, elle se montra très déprimée, elle répéta d'une façon assez stéréotypée ses auto-dénonciations et elle raconta que pendant 5 ou 6 mois (en réalité après avoir vu son mari chez le juge d'instruction) elle a eu des terreurs nocturnes très prononcées. Elle voyait entrer son mari qui s'approchait de son lit, se penchait vers elle, lui serrait le cou en lui disant qu'elle était un diable noir, qu'elle mourra sur le bûcher, etc. De même, elle entendait pleurer ses enfants. Pas de confusion vraie, ni d'état de rêve. A l'examen neurologique, on constate une hyperalgésie pariétale très marquée, une hémianesthésie et une hémianalgésie nettes du côté droit, un gonflement léger du corps thyroïde, une légère tachycardie. L'utérus est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; souffle placentaire.

Elle reste déprimée, elle parle rarement et a des mimiques un peu mélodramatiques.

Le 24 mars 1914, elle est admise à l'hôpital Saint-Jean. Elle est déprimée, renfermée, mais elle donne des renseignements assez détaillés sur sa vie antérieure, sur ses délits, etc. Elle entend toujours les pleurs de ses enfants; de même que son mari la visite toutes les nuits.

Elle est orientée dans le temps et dans l'espace. L'examen psychique ne révèle pas de signes d'imbécillité. L'hémianesthésie et l'hémianalgésie du côté droit persistent ; de même il y a anesthésie des surfaces muqueuses du même côté, amblyopie de l'œil droit, légère surdité de l'oreille

droite ; elle prétend entendre ses hallucinations par l'oreille gauche. Légère hémiparésie droite.

Elle demeure déprimée, malheureuse, toujours préoccupée de ses crimes imaginaires. Actuellement, elle a tué *trois* enfants, à savoir, le *nourrisson* et ses propres enfants N° 2 et N° 4. Elle semble avoir la parfaite conviction de la réalité de ses infanticides : « Si les enfants vivent encore, pourquoi ne sont-ils pas admis auprès de moi ? » Elle va être guillotinée, le supplice est retardé en raison de sa grossesse. La visite de l'aumônier de l'hôpital lui indique qu'elle va être décapitée dans deux ou trois jours.

Elle écrit à ses parents des lettres assez instructives : « ...J'ai eu la visite de A... et de C..., mais je ne peux pas comprendre tout ce qu'ils racontent ; je crois plutôt que c'est eux qui auraient besoin d'être internés ici et non pas moi... c'est véritablement une histoire louche. Crois-tu qu'un autre doive savoir mieux que soi-même ce qu'on a fait... Veuillez me dire pourquoi tout le monde croit que j'ai été une femme débauchée ; tu sais bien que ce n'est pas vrai... Hier, l'aumônier est venu me voir... il devait me préparer à ce qui va se passer... Je ne peux pas débrouiller mes relations de famille... *C'est comme s'il y avait un grand trou quelque part* (1)... Je sais bien que les médecins et les infirmières font un grand détour autour de moi et que les autres malades cherchent à m'éviter comme une bête féroce... ; aussi, suis-je mise toute seule dans une chambre pour ne pas déranger les autres... ».

Elle nie être divorcée. « Si c'est vrai, cela doit avoir été arrangé pendant que j'étais ici. » Elle semble aussi penser que *le mari est le père de l'enfant dont elle est enceinte* ; elle a fait preuve d'une indifférence tout à fait marquée à l'égard de l'amant qui est venu la visiter quelquefois.

Son état demeure à peu près identique pendant les mois qui suivent : dépression, inhibition psycho-motrice, pleurs ; elle est souvent très absorbée et distraite ; très hallucinée, *maintenant, on lui impute d'avoir tué son mari* (2). Elle se sent toujours abhorrée de tous ; dans une lettre, elle écrit : « Si je n'étais pas aussi lâche, je mettrais fin à une aussi misérable vie. »

Le 1^{er} juin 1914, elle accouche d'un enfant vivant et sain. Elle pleure : « Elle sera prochainement punie ; c'est dommage que l'enfant subisse les conséquences de son crime ! »

(1) C'est moi qui souligne ces mots.

(2) Il n'est pas venu la visiter à l'hôpital.

Après l'accouchement, quelques jours avec fièvre et légers signes de salpingite.

Le 1^{er} juillet, je lui montre deux photographies récentes de ses enfants N° 1 et N° 2 ; alors elle accorde : « Il faut donc qu'ils soient vivants : *mais, la plus petite, je l'ai tuée.* » Elle me raconte alors *comment l'idée de ce meurtre lui est venue.* Le jeudi-saint de 1913, elle est allée faire une promenade avec ses enfants (N°s 1 et 2) ; elle a rencontré son mari qui voyant les habits neufs et élégants de sa femme et de ses enfants, lui a demandé, à haute voix, combien de nuits elle avait données à ses amants pour avoir l'argent suffisant à l'acquisition d'aussi beaux habits. Elle fut alors très honteuse et très affligée, surtout parce que ses enfants lui demandèrent le sens des paroles de leur père. L'idée d'infanticide lui est venue la nuit suivante : « Il vaudrait mieux que les enfants s'endorment plutôt que d'entendre des choses pareilles » (1).

Un des premiers jours d'août, je lui annonçai qu'elle venait d'être acquittée ; elle eut la figure radieuse, *mais elle affirma tout de suite la réalité de son infanticide* : « On n'achète pas un cercueil pour n'en rien faire ! » C'est son enfant N° 4 qu'elle aurait tué (2) : « Ma mère parle toujours de cette enfant, mais elle ne me l'a jamais amenée, elle ne peut pas montrer quelque chose qui n'existe pas. »

Dans l'épreuve d'association faite le 19 août, les réactions suivantes ont quelque intérêt. Après chaque mot de réaction, je lui ai demandé à quoi elle avait pensé en entendant le mot d'évocation. Le temps de réaction a été compté à la montre au 1/5 de seconde. Voici, parmi des mots de réaction tout à fait neutres (à temps de réaction court), les réactions les plus significatives :

anxieux — 7.1 — *cris* (« j'eus peur des cris de mes enfants »).

aimer — 5.1 — *enfant* (« mon garçon »).

malheur — 3.3 — *le mien* (« tout ce que j'ai commis »).

désir — 3.4 — *non avenu* (« que mon enfant soit vivante »).

enfant — 3.1 — *la mienne* (« celui à qui j'ai... fait mal »).

homme — 2.0 — *aucun*.

crime — 2.4 — *meurtrier* (« moi-même »).

oublier — 2.1 — *tout* (« Si je pouvais tout oublier ! »).

(1) Peut-être rêve délirant. On sait d'ailleurs suffisamment, comment, chez les hystériques, les idées de la veille et les images des rêves s'entremêlent dans leur conscience.

(2) C'est à dire la fille qui est restée chez le mari.

petit — 1.4 — *enfant* (« celui à qui j'ai fait mal »).
 pleurer — 2.4 — *toujours* (« l'enfant tué dont elle entend
 toujours les pleurs »).

baiser — 2.3 — *d'enfant* (« Celui que j'ai tué »).

L'épreuve de reproduction (de Jung, de Zurich) donne presque exclusivement des résultats positifs, c'est-à-dire simple répétition des mots de réaction primaire ; seulement, pour quelques réactions, les temps de réaction sont un peu prolongés par comparaison avec les réactions primaires.

Après son dernier accouchement à l'hôpital Saint-Jean, O... eut pendant quelques semaines de la leucorrhée qui ensuite s'arrêta. Mais, au bout de 8 jours, la leucorrhée reparut, c'est-à-dire que deux fois par jour la malade souillait son lit d'un liquide d'apparence lactée. Une fois le lait supprimé dans son régime, la « leucorrhée » cessa.

Le 24 août 1914, la malade est retirée de l'hôpital par sa mère ; en sortant, elle affirme toujours être coupable d'infanticide.

Sans doute, chez O..., les faits de sa vie antérieure « criminelle », de sa situation actuelle (arrestation), voire même la forme de ses auto-accusations (allures mélodramatiques, imprécisions, amplifications, etc.) pourraient, de plein droit, prêter à soupçonner « la mauvaise foi » de son auto-accusation, attendu que le désir d'échapper aux conséquences fatales de ses escroqueries récentes pourrait très bien la pousser à la simulation de troubles mentaux (1). De plus, c'est bien une hystérique qui, pendant son séjour à l'hôpital, simule la leucorrhée (2).

Cependant, un seul fait me semble suffire à écarter tout doute sur la « sincérité » de son auto-accusation ; c'est le fait que, en septembre 1913, c'est-à-dire *avant son arrestation, elle est allée commander un cercueil d'enfant*. Si l'on veut s'expliquer d'une manière naturelle cet acte extraordinaire de O..., il faut bien admet-

(1) Fait à retenir, elle a toujours avoué ses délits !

(2) Il faut, à propos de cette « simulation », se rappeler que, pour elle, sa « mort sur l'échafaud » n'a été différée qu'à cause de sa grossesse. De sorte qu'on pourrait bien supposer que sa simulation (consciente ou demi-consciente) de la leucorrhée est un moyen de retarder, pour quelque temps encore, l'atroce supplice qui l'attendait.

tre qu'alors, elle avait déjà « la conviction intime » d'avoir commis un infanticide.

Si l'on étudie l'observation de O... d'un peu près, on constate que déjà pendant un grand nombre d'années, elle a été une névropathe. Douée d'un tempérament originellement émotif, elle se modifie de plus en plus psychiquement à l'occasion de sa première grossesse, avec des dépressions périodiques, pendant lesquelles elle présente de l'indifférence pour son foyer, de « la manie d'acheter, de vendre », à tel point qu'elle vend la literie de son enfant, et enfin de la « kleptomanie », qui coïncide en majeure partie avec ses fugues, pendant lesquelles elle se rend aussi coupable de grivèleries, etc.

Il me semble possible de considérer tous ces « accidents mentaux épisodiques » sous un angle visuel commun en raison des dépressions périodiques (dysphories). La clinique et la médecine légale nous ont fait suffisamment connaître ces différentes impulsions, comme étant le résultat des poussées périodiques (ou épisodiques) de la disposition d'esprit : fugues (*Pitres, Heilbronner, Joffroy et Dupouy*, etc.), impulsions kleptomaniques (1), etc., comme des résultats paradoxaux et « aveugles » de l'activité, comme une tendance consciente ou semi-consciente vers la détente de la douleur morale.

Il faut alors considérer O..., non pas comme une simple criminelle récidiviste, mais comme une malade avec des impulsions criminelles et qui, en outre, pendant un de ses séjours en prison, subit une psychose d'incarcération aiguë, hallucinatoire (psychogène). C'est cette base pathologique que vient maintenant atteindre le *traumatisme psychique* : l'émotion-choc, lors de la rencontre avec son mari le jeudi-saint 1913 et les propos brutaux de celui-ci. La nuit suivante, c'est-à-dire après la « période de méditation » presque obligatoire pour les accidents psychogènes, l'idée de tuer son propre enfant prend naissance : « Il vaudrait

(1) Voir WINNER. — De la kleptomanie. *Annal. médico-psych.*, n° 3, mars 1921.

mieux pour ces enfants qu'ils s'endormissent, plutôt que d'entendre des choses pareilles sur le compte de leur mère ». Pendant un certain temps, l'idée du meurtre des enfants est purement platonique. C'est ainsi qu'en août 1913, elle rentre manifestement dans une nouvelle phase dépressive de conscience, avec fugue, etc., et c'est assurément pendant ladite phase qu'elle accomplit son acte singulier d'« exposition », d'abandon du nourrisson qui lui a été confié. A ce moment-là, l'idée engendrée par la conduite brutale de son mari, idée demeurée jusqu'alors platonique et « sommeillante », du meurtre d'un enfant, émerge probablement avec plus d'intensité chez elle, peut-être l'abandon du nourrisson peut-il être considéré — et compris — comme un infanticide « symbolique ». La pensée du meurtre d'un enfant se fixe de plus en plus solidement dans sa conscience ; cette idée est certainement alimentée par le souvenir de « l'exposition » de l'enfant et, ensuite, comme nous le voyons souvent dans les maladies mentales psychogènes, cette idée a fusionné, dans sa conscience, avec le souvenir de l'enfant mort réellement en juillet 1906 (1). (Le caractère brusque et alarmant, « mystique », de la mort de cet enfant a aussi de l'importance). Chez O..., comme chez les autres mythomanes, l'écart entre la ressemblance d'une image de souvenir et d'une idée imaginative et « la réalité interne » est très minime ; en tout cas, dans les premiers jours de septembre, « l'infanticide » est devant elle comme une réalité et la pousse à commander le cercueil. Et pendant l'isolement après l'arrestation, moment où elle était déprimée et hallucinée, « l'infanticide » prend, pour elle, un caractère de réalité tellement puissant, que notre malade vient, au milieu d'un profond remords, proférer son *auto-accusation*.

Si, *plus tard*, elle s'accuse encore de deux meurtres d'enfants, sur ses propres enfants, c'est que l'auto-suggestion originelle continue à survivre directement

(1) C'est ainsi que lors de son auto-dénonciation, elle déclare qu'elle a enterré le nourrisson tué, dans la tombe de son enfant mort en juillet 1906.

dans son imagination morbide et empreinte d'une teinte dépressive. Mais, à cela, vient certainement s'ajouter aussi un autre phénomène que les affections mentales psychogènes nous ont appris à connaître : dans sa lettre, elle raconte qu'« elle ne peut pas débrouiller ses relations de famille ; il lui semble *qu'il y a là un grand trou* ». Elle nie qu'elle soit divorcée et elle semble croire que son mari est le père de l'enfant qui va naître, etc. Il est naturel de voir là une manifestation d'*amnésie*, l'oubli ou en tout cas une extrême faiblesse des images de souvenir des événements ayant un caractère fâcheux, chose qui forme un élément symptomatologique si capital dans la maladie mentale psychogène. Les images de souvenir de son mariage et par suite aussi de ses enfants perdent tellement de leur netteté et de leur puissance qu'elles sont refoulées par ses idées dominantes d'infanticide. Le fait que justement elle a « tué » l'enfant n° 4, celui qui habite chez son mari dont elle est divorcée, n'est pas un accident psychologique ; le souvenir de son mari a un caractère tellement déplaisant qu'il est oublié (pour revenir, de façon hallucinatoire, dans son imagination sous forme de persuasion qu'elle a tué son mari). Et, en disparaissant, cette image du souvenir de son mari entraîne aussi avec elle dans l'oubli hystérique le souvenir de son enfant, grâce au rapport intime d'association entre ces deux images de souvenir. De même ici son imagination réglée, ajustée et mise au point pour une seule idée, comble « l'espace vide » par l'arrivée d'une nouvelle représentation, celle de l'infanticide n° 3.

Il est probable que mon analyse précédente n'a pas réussi à tirer au clair tous les mécanismes psychologiques pathologiques qui ont dicté les auto-accusations de O... Mais, j'espère, en tout cas, dans cette tentative faite pour élucider ce tissu touffu d'idées pathologiques, avoir rendu vraisemblable le fait que O... est « sincère » dans ses auto-accusations, qu'elle a eu une psychose mythomaniacale, produite par auto-suggestion psychogène et que, par conséquent, ce n'était pas une simple « mystificatrice ».

L'observation suivante va servir à apprécier davan-

tage le contraste existant entre le « mystificateur » et le « sincère ».

Domestique de 19 ans, non mariée, traitée dans mon service plusieurs fois en 1920 et 1922. Très bien développée au point de vue intellectuel, très légèrement infantile au point de vue psychique. Elle n'a pas eu antérieurement de « moral deficiency », en particulier pas de tendance au mensonge ou de mythomanie. Elle n'a pas eu auparavant de dispositions sexuelles marquées. Elle n'a jamais eu d'accidents hystériques certains.

A l'âge de 17 ans, elle fait connaissance d'un sous-officier d'un sous-marin allemand, interné dans le pays ; elle se « fiance » à lui et dès les premiers jours de leur connaissance, cet homme l'amène à avoir des relations sexuelles avec lui. Cependant, dans l'été de 1918, on découvre qu'il est marié à Hambourg. La malade est brisée par le désespoir, elle parle constamment de son Allemand et s'endort toutes les nuits au milieu des larmes. On l'envoie en condition à Copenhague pour « oublier ». Ici, elle rencontre une jeune fille dont les connaissances masculines et les allures dégagées en imposent considérablement à sa naïveté campagnarde. C'est alors que la malade commence à raconter sur son propre compte les histoires les plus compromettantes au point de vue sexuel, mais seulement dans les endroits où elle est placée, jamais chez elle (entre temps sa famille s'était fixée à Copenhague et elle couchait chez elle toutes les nuits). Elle racontait qu'elle était enceinte de deux mois, qu'elle avait couché avec plusieurs messieurs ; elle avait trouvé un homme chez elle et il avait passé la nuit avec elle ; sa mère disait que les 4 ou 5 premiers enfants naturels qu'elle aurait n'avaient aucune importance, que sa mère avait aussi fait ses farces avec des hommes et avait eu un « enfant naturel » (la malade était née peu avant que ses parents se marient !) ; la mère voulait la marier avec un homme auquel elle ne tenait pas, etc., etc. Elle racontait cela, dit la mère, d'une manière qui inspirait confiance ; « toutes les choses peu jolies qu'elle entend ou qu'elle lit, elle les rapporte à elle-même et au bout de 2 à 3 semaines cela reparait comme si cela lui était arrivé à elle-même ». Dans les places où elle était, elle essayait de donner, d'une manière très imagée, la conviction de ses débauches sexuelles : sa mère, disait-elle, avait découvert « sur son linge » les traces de ses écarts et les avait montrées au père « pour qu'il pût voir ce qu'était sa fille ». Mais, en même temps, dans sa maison où quand elle sortait

en compagnie (toujours avec ses parents), on ne découvrait pas la moindre trace de grossièreté dans sa conduite ou dans ses paroles et en particulier pas de coquetterie ou de frivolité vis-à-vis des hommes. Comme elle habitait dans sa famille, sa mère pouvait contrôler si elle sortait ou non pendant la nuit, de même si elle mettait un temps exagérément long pour se rendre à sa place ou pour en revenir et la mère est formellement convaincue que la jeune fille n'a pu trouver d'occasion de débauches sexuelles. D'après la mère, il y avait une certaine relation entre ces fabulations et les périodes menstruelles.

Ici, dans le service, elle se présentait comme une jeune fille très infantile au point de vue physique, paisible, presque gênée, absolument sans aucune coquetterie, et d'une conduite non provoquante, très naïve au point de vue sexuel ; au début, elle débitait tranquillement et sans affectation ses fabulations sexuelles et plus tard elle en vint à avoir une attitude plus dubitative à l'égard de leur réalité. L'amour pour son « matelot » persistait plein et entier ; elle vivait dans l'espoir d'une lettre de lui qui l'appellerait en Allemagne, vers le mariage et vers la maternité.

Elle ne pouvait donner d'explication de sa fabulation : « Cela s'est emparé d'elle en lisant des choses de ce genre ou quand son amie lui racontait, par exemple, ses aventures amoureuses. » L'amie n'avait jamais raconté à la malade ses aventures proprement *sexuelles* ; la malade se les « était toujours imaginées ».

Dans l'épreuve d'association, l'idée de son amant reparaisait de façon intense, tandis que, par contre, il n'y avait pas de réactions purement érotiques ou sexuelles (nombreuses réactions « masquantes » avec temps de réaction considérablement prolongé).

Dans le service, il n'y eut pas d'autre fabulation que celle que nous avons mentionnée, pas de confusion, pas de stigmates hystériques. L'examen systématique de l'intelligence montra, comme nous l'avons dit, un psycho-infantilisme très léger, mais pas d'imbécillité.

La malade fut transférée à l'Hôpital Saint-Jean. Elle n'y présenta rien de frappant ; elle reçut son exeat au bout de quelques mois ; elle rentra en place et recommença alors à raconter ses aventures sexuelles. Brusquement, elle abandonne sa place, elle erre dans les rues et les ruelles, fait quelques visites chez des parents, au cours desquelles elle raconte, entre autres choses, *qu'elle avait écrit à son Allemand et en attendait une réponse*. Après trois jours de vagabondage, elle finit par être arrêtée dans la rue par la

police ; quand elle revint chez elle, elle ne présentait pas de confusion, mais ne pouvait dire où elle avait passé la dernière nuit ; elle croyait avoir erré dans les rues comme les nuits précédentes. « Elle bavardait sans arrêt, prononçant des mots danois, mais il n'y avait aucun sens dans ses paroles » (récit de la mère) ; elle pleurait et était très malheureuse, elle redoutait que la police vint la chercher. Il n'y avait ni convulsions, ni sommeil terminal ; quand elle rentra chez elle, son linge n'était pas mouillé par l'urine, elle n'avait pas de morsures de la langue, elle était totalement égarée et avait l'air affaibli par le jeûne.

Cette fois-ci encore à l'hôpital et à l'asile d'aliénés où elle fut conduite, elle ne présentait rien de marquant, sauf ce que nous avons déjà signalé. On ne constata pas de crises convulsives, ni de confusion, ni de dépressions épisodiques, etc. Cette fois, elle ne se livra pas à la fabulation. L'amnésie lacunaire persista sans modification.

Elle revint chez elle dans le milieu de 1921 ; elle se conduisit très normalement sans raconter d'histoires, mais avec quelques fugues du même caractère que la précédente et durant jusqu'à 5 jours et avec aveu d'amnésie pour toute la fugue.

Elle pensait toujours à son Allemand. Peu avant Noël 1921, elle découvrit que sa mère lui avait retenu une lettre que l'Allemand lui adressait. Quelques jours après, ses règles apparurent et elle disparut de nouveau dans une fugue, après laquelle elle entra dans mon service pour la troisième fois, le 4 janvier 1922, égarée, anémiée, ayant peur d'elle-même, et honteuse de sa fabulation, « elle voudrait bien cesser de raconter ces sottes histoires, mais elle ne peut pas » ; elle pleure en silence sur son propre compte. De même, cette fois-ci, elle était tout à fait lucide et pleinement orientée, calme, conduite décente, elle ne présente absolument rien de la fille de joie, elle ne raconte pas d'histoires et pas plus qu'auparavant, elle ne présente de « moral deficiency » ; elle fait preuve d'une touchante gratitude pour les bontés à son égard, elle est aimable et serviable, mais c'est une petite personne extrêmement « impersonnelle ». Elle ne présente toujours pas d'accidents hystériques quels qu'ils soient.

Pendant aucun de ses séjours on n'a pas pu constater de signes de schizophrénie.

Les mécanismes psycho-pathologiques qui sont à la base de sa fabulation psychogène ou des auto-dénonciations sexuelles psychogènes sont très clairs. C'est

toujours sa grande déception amoureuse qui revient constamment dans sa conscience, constellant d'idées érotiques et sexuelles ses associations d'idées, en même temps que les récits de son amie, comme aussi ses lectures, etc., viennent contribuer à la fabulation. Quand celle-ci prend ce caractère grotesque d'*auto-abaissement*, à savoir celui de l'*auto-accusation sexuelle*, on est tenté de penser aux « psycho-mécanismes de Freud », quelque sceptique que l'on soit, du reste, à l'égard de la plupart des « interprétations » plus ou moins surprenantes de cet ingénieux auteur.

Il n'est pas douteux que chez notre malade, l'amour pour le matelot et le rêve d'un mariage et d'une maternité réalisés, soit une idée qui domine tout, un espoir, auquel elle se cramponne convulsivement. Chez tous les individus avec diathèse psychogène, comme, du reste, aussi chez les sujets normaux, il existe un désir puissant, biologique et fortement ancré de réaliser un tel « mensonge de la vie ». Chez certains de ces malades, le mensonge de la vie se manifeste, par exemple, par un délire expansif, exauçant le désir ou par un état de confusion, ou encore, comme peut-être chez notre malade, il amène une fugue, une tentative confusément consciente pour aller à la recherche de l'objet du rêve. Tous ces « accomplissements du désir de l'imagination » sont *directs*, facilement intelligibles dans leurs mécanismes psycho-pathologiques, avec des analogies, par exemple, dans nos rêves et ils sont bien connus par les « rêves diurnes », les « rêves tout éveillé » des mythomanes. Déjà Morel avait fait ressortir quelques points de ces faits et, dans les analyses psychologiques de *Pierre Janet*, ces psycho-mécanismes sont un point fondamental.

Mais, il est certain que *Freud* a eu le mérite d'attirer à nouveau et de façon marquée l'attention sur le fait que ces « mensonges de la vie », ces « idées refoulées », ces « idées fixes subconscientes » (*P. Janet*) peuvent prendre une existence pathologique sous des formes « masquées » par une « transposition », ainsi que le dit *Freud* au moyen d'un terme emprunté à la musique : le traumatisme psychique, le conflit moral

intérieur, le désir refoulé, etc., manifestent leur existence, par exemple, dans des obsessions plus ou moins banales ou des impulsions de l'espèce la plus ridicule (1), ainsi que nous le voyons fréquemment dans les affections mentales psychogènes. Il est certain que cette doctrine peut donner naissance et a, en réalité, donné naissance (peut-être le plus habituellement entre les mains d'élèves de Freud) à mainte interprétation fantastique. Mais, pour celui qui cherche à pénétrer un peu plus profondément dans ces états d'âme si fortement agités par les émotions, il est incontestable que la vie mentale psychogène opère assez souvent avec des psycho-mécanismes de ce genre « masquants » et indirects.

Pour notre malade, on pourrait *supposer* à peu près la façon indirecte suivante dont « son rêve d'amour » prend corps : la réalisation de ce rêve est impossible à obtenir pour elle tant que l'Allemand est marié ; et elle n'essaie pas, comme beaucoup d'autres malades psychogènes, de passer par-dessus cette barrière s'opposant à la réalisation de son désir, au moyen d'une amnésie hystérique portant sur cet obstacle.

Par sa conduite trompeuse à l'égard de la malade, l'Allemand s'est révélé comme un sujet considérablement amoral, chose que les parents de la malade lui ont fait peu à peu entendre. Si maintenant (de façon inconsciente et ayant son point de départ dans son imagination d'une pauvreté psycho-infantile), elle devait écarter les obstacles à la réalisation de son rêve d'amour, cela pourrait se faire, par exemple, par ce que, au moyen de son auto-accusation pathologique, elle s'est mise au même niveau moral inférieur que son amant et qu'elle se réunit à lui dans un naufrage moral commun. De plus, pour faire tomber toutes les armes des mains de ses parents, la mère (d'une manière injustifiée, ou seulement avec une simple apparence de raison : naissance de la malade avant que le mariage de ses parents ait été contracté), la mère, dis-je, est im-

(1) « Il y a une infinité de conduites qui paraissent ridicules et dont les raisons cachées sont très sages et très solides » (*La Rochefoucauld*).

pliquée dans les tentatives que fait la malade pour s'abaisser elle-même (auto-hétéro-accusation).

La fabulation de la malade et aussi (certainement, tout au moins d'une manière partielle) ses fugues, semblent avoir un certain rapport, dans le temps, avec ses menstruations, relation biologique facile à comprendre, prédisposition somatique temporaire, qui fait se manifester le conflit moral et que nous avons appris à bien connaître par la clinique des psychoses psychogènes. Cette relation souligne en même temps l'origine *pathologique* des auto-accusations, l'automatisme psychique qui est au tréfonds de celles-ci. Il n'est pas besoin d'autres preuves pour démontrer que notre malade est une sin ère, que sa fabulation n'est pas l'expression d'un « appétit morbide de gloriole ».

J'ose espérer que les deux observations que j'ai relatées, qu'on approuve ou non mes analyses psychopathologiques, pourront avoir quelque valeur en tant que documents cliniques et que, aussi au point de vue de la psychiatrie médico-légale, elles peuvent avoir fourni une modeste contribution à la solution du problème souvent compliqué : « Sincère ? ou mystificateur ? » en matière d'auto-accusation.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) ALTER. — *Zeitschrift f. ges. Neur. und Psych.*, 1913, vol. 15, p. 443 (auto-accusations posthumes).
- 2) DUPRÉ. — *Congrès de Grenoble*, 1902.
- 3) HAYMANN. — *Selbstanzeigen Geisterkranker*, Berlin, 1911.
- 4) HEILBRONNER. — *Münch. med. Wochenschr.*, 1914, p. 345.
- 5) KREUSER. — *Allgemeine Zeitschr. f. Psych.*, 1899, vol. 56, p. 501.
- 6) MEYER. — *Archiv f. Psychiatrie*, 1905, vol. 40, p. 875.
- 7) OUDARD. — *Thèse de Bordeaux*, 1900.
- 8) PICARD. — *Thèse de Paris*, 1904.
- 9) RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie*, éd. Paris, 1914.
- 10) TRAUNOY. — *Thèse de Paris*, 1906.
- 11) VALLON. — *Ann. d'hygiène*, etc., 1898, avril.

ABCÈS DE FIXATION ET EXAMEN DU FOND MENTAL

PAR

La Doctoresse **C. PASCAL**, et **Fernand LAURENT**,

Médecin en chef des asiles
publics d'aliénés.

Interne de l'Asile
de Prémontré.

Le diagnostic précis d'un processus morbide (entité ou syndrome) est basé sur l'analyse des symptômes qui constituent le fond mental. C'est l'étude de ce groupe de symptômes fondamentaux qui sont la signature de la maladie et non celle des phénomènes surajoutés (conception délirante, euphorie, réticence, mutisme, confusion, négativisme, troubles psycho-sensoriels, etc.....) qui nous renseigne sur la nature, l'évolution et le pronostic de l'affection mentale. Elle acquiert, donc, une importance primordiale.

Les diverses méthodes d'exploration du fond mental, clinique, expérimentale et mixte, se heurtent à des difficultés extrêmes au point de vue pratique. Les signes fondamentaux sont rarement purs (démences simples, etc.); dans la majorité des cas, ils sont noyés au milieu des signes secondaires et échappent à l'attention. Le diagnostic clinique se contente de l'efficiences mentale fournie par les troubles accessoires qui sont au premier plan. Parfois, il faut attendre une période d'accalmie ou le stade résiduel des démences où tout phénomène surajouté a disparu, pour évaluer le degré de déchéance mentale. L'imprécision des cadres cliniques et les erreurs de diagnostic fréquentes sont dues à l'impossibilité d'explorer le fond mental.

Les déments précoces, paralytiques, etc..., excités, déprimés ou maniaques-dépressifs, ne présentent aucun signe pathognomonique *apparent* qui les distingue de la manie, de la mélancolie ou de la psychose maniaco-dépressive. Ce sont les rémissions qui accidentent — et encore pas dans tous les cas — les processus démentiels,

qui permettent d'étudier le fond mental et de séparer les démences incurables des psychoses curables. Le même problème se pose avec la confusion mentale, la folie discordante, la psychasthénie ; dans ces affections les possibilités mentales apparemment définitives sont conservées ; aucun signe précis n'existe à la période initiale pour les différencier des démences.

En attendant que chaque maladie mentale ait son test humoral défini par la biologie, nous n'avons comme éléments de diagnostic clinique que l'exploration des signes cardinaux.

Depuis longtemps, les aliénistes ont remarqué que la survenance d'une maladie infectieuse au cours d'une maladie mentale, peut produire, sinon la guérison, mais l'arrêt plus ou moins prolongé du processus morbide et la disparition complète des troubles surajoutés. Des rémissions de très longue durée ont été signalées au cours de la démence précoce, de la manie aiguë, etc..., à la suite d'une affection purulente ; dans la paralysie générale, des rémissions ont été notées après une maladie infectieuse : fièvre typhoïde, paludisme, pneumonie, érysipèle, etc... Les résultats de l'observation clinique avaient incité à essayer l'influence du traitement par la tuberculine à doses élevées, par l'inoculation de la fièvre tierce (paralysie générale), par les injections de nucléinate de soude, de peptone et par la production d'abcès de fixation.

Les nouveaux travaux de Roziès (1), parus sur les abcès de fixation en thérapeutique nous ont amené à les expérimenter chez tous les aliénés excités ou déprimés dont le diagnostic était difficile. Nous avons employé, d'après les conseils de cet auteur, la *méthode de la non-ouverture*, qui met le malade à l'abri des accidents infectieux. Nous avons obtenu des effets suffisants avec un centimètre cube et même avec un demi-centimètre cube. Ce procédé qui a donné des résultats excellents dans les toxi-infections organiques graves a été peu expérimenté en médecine mentale. Roziès relate l'obser-

(1) *Paris Médical*, *Monde Médical* (Avril 1920), *Gazette des Praticiens* (Lille), 15 Avril 1921, *Annales Médico-Psychologiques* (Mai 1921).

vation d'une malade atteinte de délire aigu avec onirisme qui a complètement guéri à la suite d'un abcès de fixation. Pour lui, tous les états de confusion mentale et de délires toxi-infectieux doivent guérir par la méthode de l'abcès de fixation non-ouvert.

Il considère qu'il est le traitement logique des thromboses (phlébites, hémiplegies par embolus, ramollissements cérébraux par endartérite).

En l'état actuel de notre expérimentation, nous n'avons enregistré aucun cas de guérison net, mais il nous a été permis de constater des faits d'une importance capitale.

Les observations suivantes apportent les démonstrations cliniques intéressantes dont nous donnons les conclusions plus loin :

R....., âgé de 43 ans, interné à l'asile de Prémontré le 8 août 1921. Cet individu, évadé de la Guyane et arrêté pour vol et recel, a passé de la prison de Laon à l'Hôtel-Dieu de cette ville pour y être mis en observation. Nous résumons brièvement le rapport médico-légal établi par le Docteur Macon, médecin en chef des hospices civils de Laon, après une période de deux mois d'observation :

« R... est figé dans une attitude invariable ; couché sur le dos, les yeux fixés au plafond et dans une attitude extatique, il exécute, d'une façon continue et régulière, des mouvements rythmés avec les mains et avec la mâchoire inférieure.

« Les mains restent appliquées l'une contre l'autre par l'extrémité des doigts, dans l'attitude de la prière ; un mouvement régulier de frottement fait glisser ces extrémités l'une contre l'autre.

« La mâchoire inférieure s'abaisse par des mouvements également rythmés et de peu d'étendue.

« R..., dont le regard est toujours fixé devant lui, ne paraît pas apercevoir les objets placés latéralement. Sa physiologie est impassible, mais cette impassibilité disparaît lorsqu'il est en présence de certaines personnes qui ne l'approchent pas habituellement. En présence de ces personnes, il manifeste une certaine anxiété, un véritable effroi ; on le voit alors se retourner sur son lit, en même temps que ses mouvements rythmés s'exagèrent. Cette attitude ne persiste pas pendant le sommeil qui est régulier

« et elle disparaît à l'occasion de certains actes ; c'est ainsi
 « que R... mange aisément, peut uriner et aller à la selle sans
 « le secours des infirmiers...

« R... ne parle jamais, ne paraît rien entendre et ne donne
 « jamais l'impression d'autres émotions que celles qui ont
 « été indiquées plus haut. Son attitude est celle d'une per-
 « sonne fixée en semi-rigidité par un certain état de raideur
 « musculaire, surtout accusée au niveau des membres infé-
 « rieurs. Il peut s'asseoir et rester dans cette position, mais
 « il ne marche que très péniblement, le corps penché en
 « avant et soutenu par deux personnes. Celles-ci vien-
 « nent-elles à lui cesser leur concours, il tombe aussitôt. Il
 « a été vu marchant, mais très péniblement, sans l'aide du
 « personnel. Quand il veut aller à la selle, il se laisse glisser
 « au bas de son lit, et, là aussi, il peut se passer du concours
 « des infirmiers. Il est propre du reste et il n'a jamais eu
 « d'émission involontaire d'urines ou de matières fécales.

« R..... n'a jamais eu ni agitation, ni crises convulsives ;
 « la présence d'un aliéné taquin à ses côtés a paru une fois
 « l'émouvoir. Sa santé générale a toujours été bonne ; jamais
 « de fièvre.....

« R....., dont l'attitude est celle de certains malades de
 « confusion mentale, a été surveillé au point de vue de la
 « simulation. Il n'a pas été fourni de preuves décisives dans
 « ce sens, et, jusqu'à plus ample information, je le tiens pour
 « un névrosé atteint de désordres mentaux. »

A son entrée à l'Asile de Prémontré, l'individu R..... pré-
 sente les troubles psychiques et moteurs indiqués dans le
 rapport du Docteur Macon.

L'aspect extérieur (air hébété, regard fixe, mais qui devient
 mobile lorsqu'il y a des événements nouveaux autour de lui),
 les attitudes forcées (corps penché en avant, mains dans
 l'attitude de la prière et exécutant rythmiquement un mou-
 vement de frottement), le mutisme avec trismus et tremble-
 ment, ne correspondent à aucun tableau de la clinique psy-
 chiatrique. Sa démarche sur la pointe des pieds, sans para-
 lysie, sans troubles sensitifs et des réflexes (pas de Babinsky,
 pas de signes pupillaires) ne correspond à aucun tableau neu-
 rologique. Pas de phénomène de catatonie et de catalepsie.
 Pas de gâtisme.

Dès le premier jour, nous essayons de dépouiller le psy-
 chisme du malade, car, pour nous, la simulation pour les
 troubles moteurs ne fait aucun doute.

Le 10 août, nous lui faisons une injection de un centimètre
 cube d'essence de térébenthine au niveau de la partie antéro-

externe de la cuisse gauche. Le soir même, il présenta une réaction thermique intense (39°6) ; la douleur était très vive à la cuisse gauche.

Le 11 août, l'attitude de l'individu R... change totalement : mutisme, trismus, tremblement, paralysies, stéréotypies qui duraient depuis deux mois ont complètement disparu. Le malade parle et s'exprime avec la plus grande facilité. A partir de cette date, l'individu R.... adopte nettement deux attitudes, l'une onirique, l'autre amnésique, toutes deux fausses et ne correspondant à aucun cadre psychiatrique.

Actuellement, R.... est orienté dans le temps et l'espace. Lorsqu'on lui montre de la bienveillance, il devient confiant, raconte son évasion de la Guyane, son retour en France au début de la guerre, sa seconde évasion d'un camp de concentration ; il fait le récit de ses multiples inventions : lit-brancard, canne-fusil, agrafe destinée à fixer dans la poche intérieure du veston le portefeuille et l'empêcher ainsi d'être subtilisé par les « voleurs à la tire » (*sic*).

Lorsque interrogé sur les causes de sa relégation, il accuse la police d'avoir commis des injustices ; les vols dont il a été l'auteur sont des « peccadilles » (boîtes de harengs, vols à l'américaine, etc....) ; les autres condamnations et sa relégation étaient imméritées. Sa conscience morale paraît obtuse ; lorsqu'il s'agit d'apprécier la valeur de ses actes anti-sociaux, il déclare « qu'il n'y a que ceux qui ne sont pas malins qui se font pincer ».

Notre procédé de production de l'abcès de fixation a été un moyen efficace de dépister la simulation chez R.... et d'étudier son fond mental : le psychisme vrai.

Cet individu est un dégénéré avec goître et hyperémotivité, il est amoral ; sa conscience reste muette lorsqu'il s'agit de juger les graves délits qu'il a commis.

La fièvre de l'abcès de fixation et la douleur très vive ont permis de déjouer la mimique, de dépouiller la surcharge et de ramener le sujet à son état réel.

Ce succès obtenu en 36 heures nous paraît de nature à mettre en lumière la valeur diagnostique de l'abcès de fixation.

C....., âgé de 18 ans, entre à l'Asile de Prémontré le 16 juin 1921.

Cet individu se trouvait dans un état de grande agitation ; on diagnostiqua à l'entrée : excitation maniaque avec fuite des idées, logorrhée, délire polymorphe, agitation motrice.

En présence de l'agitation présentée par C....., divers moyens de la médication calmante furent aussitôt mis en œuvre :

balnéation prolongée, douche froide, potion bromurée, hypnotiques : véronal, chloral ; hyoscine. Tous ces moyens n'amenèrent qu'une sédation légère et passagère de l'excitation, sédation dans tous les cas insuffisante pour pouvoir dépouiller en quelque sorte C..... de tous les symptômes secondaires, surajoutés au véritable fond mental. C'est alors que nous eûmes l'idée de recourir à la production chez C..... d'un abcès de fixation par l'injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine au niveau de la partie antéro-externe de la cuisse. Le soir même de l'injection, la température axillaire atteignait 39°, et, le lendemain, la cuisse était rouge, douloureuse, chaude et tendue. Durant toute l'évolution de l'abcès (12 à 15 jours), l'agitation de C..... a été très diminuée, au point que cet individu put être conservé dans la salle commune, alors qu'auparavant son maintien dans une pièce d'isolement était absolument nécessaire.

Il nous fut alors possible de faire un examen plus approfondi de l'état mental de C..... Cet individu nous apparut à ce moment comme un dément précoce ; chez lui, les symptômes de l'affaiblissement mental étaient en quelque sorte masqués par des symptômes accessoires tels que l'excitation maniaque, la logorrhée, l'agitation motrice, le délire polymorphe, les hallucinations, etc..... La rémission déterminée par l'abcès de fixation a été courte et incomplète ; la durée a été parallèle à l'évolution de l'abcès ; les phénomènes aigus d'excitation ont réapparu à la fin de la résorption.

Le fond mental démentiel était représenté par les troubles suivants : apathie, absence de spontanéité ; aucun contact affectif avec le milieu extérieur ; alternatives de suggestibilité et de négativisme ; soliloque ; éclats de rire. L'incohérence « à froid » et mise « à nu », caractéristique de la démence précoce simple (verbigération, salade de mots, psittacisme, etc...), a confirmé le diagnostic.

Un nouvel abcès lui a été fait immédiatement avec les mêmes résultats.

N....., âgée de 21 ans, est entrée à l'Asile de Prémontré le 26 juin 1921. Cette jeune fille, dont l'état général était mauvais, paraissait atteinte de délire aigu avec stupeur, mais les signes surajoutés étaient si vifs qu'il était impossible d'étudier les signes cardinaux. Ces signes surajoutés étaient très nombreux : agitation, impulsions (la malade déchirait, mordait), gâtisme, troubles trophiques : escars, maigreur,

troubles vaso-moteurs, bradycardie alternant avec de la tachycardie, négativisme, mutisme alternant avec de petits cris sans signification, etc...

Nous fîmes un premier abcès de fixation, mais, en raison de son mauvais état général, nous n'injectâmes qu'un quart de centimètre cube d'essence de térébenthine ; n'ayant obtenu aucun résultat, nous en avons fait un second avec un demi-centimètre cube. Nous n'avons constaté aucune réaction locale : ni rougeur, ni chaleur, ni tuméfaction.

Dix jours après environ, l'état général s'est amélioré, et le fond mental de la démence précoc a apparu avec tous ses signes fondamentaux : apathie, absence des sentiments de famille (la visite de sa mère la laissa tout à fait indifférente), aucun contact affectif avec le milieu extérieur ; le négativisme qui était incomplet et partiel s'est généralisé ; stéréotypies d'attitudes : la tête en flexion forcée sur le thorax avec impossibilité de la redresser ; main négativiste : les doigts sont fléchis à l'extrême et les ongles pénètrent dans la paume de la main ; ce trouble s'accroît au commandement ; analgésie et anesthésie d'ordre négativiste ; malpropreté. Le mutisme est devenu intermittent ; la malade cause parfois en minaudant et en zézayant comme les petits enfants. Actuellement, les phénomènes mentaux s'accroissent chaque jour ; l'état général s'améliore progressivement.

J....., âgée de 18 ans, est entrée à l'Asile de Prémontré le 22 juillet 1921.

Notre diagnostic du début était le suivant : démence précoce, avec excitation hétérophrénique, insomnie, mauvais état général.

Ce diagnostic était erroné.

Deux jours après son entrée, nous lui avons fait une injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine. L'excitation motrice a cessé immédiatement ; l'excitation psychique avait persisté pendant quelque temps. Pendant toute la durée de l'évolution de l'abcès qui fut intense au point de vue réaction locale et générale, mais que, selon notre technique habituelle, nous n'avons pas ouvert, la malade est restée incohérente, impulsive et sans spontanéité affective. Par moments, en éveillant ses sentiments de famille, nous avons provoqué des émotions intenses ; elle poussait des cris déchirants : « Maman ! Maman ! » Vers la fin de la résorption de l'abcès, entre le 15^e et le 20^e jour, une amélioration subite s'est montrée dans l'évolution du

processus morbide : l'excitation mentale et les impulsions se sont améliorées progressivement ; un mois après son internement, elle travaillait à la couture, lisait, écrivait. Une courte rechute a duré deux jours et a disparu avec une purgation énergique. L'abcès de fixation nous a permis de faire le diagnostic d'une bouffée délirante avec excitation chez une dégénérée. En effet, cette malade présente une hérédité chargée, de nombreux stigmates de dégénérescence ; elle a des périodes de calme, des tics, des mouvements spasmodiques du diaphragme, etc.....

A..... Louis, 49 ans, entre à l'Asile de Prémontré le 13 juin 1921. Notre diagnostic du début était le suivant : « Excitation maniaque avec mégalomanie, idées de persécution, hallucinations multiples, euphorie, inconscience de son état et de son milieu, tremblement des mains, pas de signes tabéto-paralytiques (Romberg, Westphal, etc...), alcoolisme dans les antécédents. » L'agitation était extrême : A..... brisait tout ce qui lui tombait sous la main ; il déchirait ses vêtements, ses couvertures. Nous avons été obligés de l'isoler dans l'unique cellule que possède l'Asile.

Une injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine fut alors pratiquée chez A....., au niveau de la partie antéro-externe de la cuisse droite. La réaction a été rapide et vive : une tuméfaction énorme s'est produite ; la température a atteint 39°9. La chute de l'excitation motrice a été concomitante avec l'apparition de l'abcès ; pendant toute la durée de l'évolution de l'inflammation, les signes psychiques fondamentaux ont été au premier plan : la logorrhée, la fuite des idées ont laissé place à un délire mégalomane (il distribuait des millions à tout le monde, etc...), à des troubles de fausse reconnaissance (il prend les autres malades pour ses enfants) ; il se montre crédule, naïf, pueril, suggestionnable et approbatif ; l'attention spontanée est conservée, mais il ne garde aucun souvenir récent. La mémoire de conservation est difficile à explorer à cause des paramnésies.

Fait curieux et intéressant : l'abcès de fixation a non seulement mis en évidence le fond d'un syndrome paralytique en évolution, mais encore il a fait éclore quelques signes physiques qui n'existaient pas à l'examen du début ; ces signes sont : la dysarthrie, l'achoppement syllabique par les mots d'épreuve, le tremblement fibrillaire de la langue, l'exagération des réflexes rotuliens, la trépidation épileptoïde. Les signes pupillaires sont absents.

L'action de l'abcès sur l'excitation a duré trois semaines

environ : une semaine après la résorption inflammatoire, l'agitation motrice (impulsions) et psychique est réapparue avec la même violence du début.

Une nouvelle injection d'essence de térébenthine (un centimètre cube) lui a été faite ; l'agitation est tombée pendant que la température s'élevait (39°9) ; le fond démentiel d'un syndrome paralytique est plus net qu'après le premier abcès de fixation ; le délire de grandeur est vif ; il est à base d'imagination (récits, confabulations) et des paramnésies. La dysarthrie est plus prononcée ; les signes pupillaires sont toujours absents ; pas de signes tabéto-paralytiques : pas de Romberg ; pas de troubles sensitifs. La réaction de Wassermann est négative.

L'incohérence « à froid », la contradiction, l'absurdité, la mobilité des idées délirantes, la disparition des sentiments de famille, l'absence de spontanéité, la puérilité, l'approbativité et la dysarthrie sont en faveur d'une paralysie générale. Mais il manque les signes physiques pupillaires, les troubles de la démarche et de l'équilibre ; de plus, la réaction de Wassermann est négative.

En attendant de nouvelles précisions, nous concluons à un syndrome paralytique probablement d'origine alcoolique. L'abcès de fixation chez ce malade, comme chez les autres, a fait disparaître l'excitation et révélé le fond mental.

La méthode des abcès de fixation est susceptible de rendre en psychiatrie de précieux services : au point de vue diagnostic et pronostic ; comme moyen curatif. Dans les maladies mentales où nous l'avons expérimenté, son effet s'est borné à la neutralisation des troubles surajoutés dus à l'excitation et à la dépression (inhibition, diaschisis de Monakow). L'abcès de fixation permet d'évaluer la déficience du fond mental et de nous donner la mesure du niveau mental réel. Chez les simulateurs, il est appelé à jouer un rôle diagnostic de premier ordre : la fièvre et la douleur vive enlèvent la surcharge et ramènent le simulateur à son psychisme vrai. Il constitue un traitement excellent de l'excitation maniaque, quelle que soit la cause. Son action sur les troubles mentaux est de courte durée et rapide, mais il est préférable à la camisole de force et à l'hyoscine, etc.... (1).

(1) Dans notre service, où nous manquons de cellules et de salle de bains, l'abcès de fixation nous a rendu des services immenses, les malades ont pu se maintenir dans la salle commune.

Par contre, son action sur la nutrition générale, bien que plus tardive, est plus prolongée. L'abcès de fixation réalise un excellent procédé de modification de la nutrition générale. Chez les malades les plus cachectiques, il se produit une véritable régénération organique. Chez la malade N..., l'effet biologique a été excellent ; les escares se sont cicatrisées ; les troubles de la circulation se sont modifiés ; l'assimilation est devenue meilleure. Chez la malade J..., l'effet a été tardif et curatif. Les troubles mentaux ont commencé à s'améliorer à la fin de la résorption de l'abcès ; les modifications organiques ont subi une marche parallèle.

Chez d'autres malades déprimés (mélancolie chronique, etc...), l'abcès de fixation a amélioré l'état général sans influencer l'état psychique.

Comment agit l'abcès de fixation dans les maladies mentales ? Il est probable que son action est analogue à celle des abcès de fixation dans les toxi-infections organiques. Son mode d'action est quadruple : 1° *procédé de dérivation chimique* ; 2° *production de diastases leucocytaires et autolyse* ; 3° *oxydation directe des microbes et de leurs toxines, par l'ozone du térébenthène* ; 4° *oxydation indirecte par l'oxydase contenue dans les leucocytes*.

Pour contrôler ces multiples actions biologiques, il faudrait analyser les urines et vérifier l'autolyse des leucocytes producteurs de diastases par la présence de l'albumosurie ; il faudrait également faire la recherche de l'excrétion urique.

La méthode des abcès de fixation mérite de prendre une des premières places dans l'étude expérimentale de la psychiatrie, elle peut être utilisée à un double point de vue : comme élément diagnostique ; comme moyen thérapeutique. Le rôle thérapeutique n'est pas encore précisé ; nous pensons seulement qu'il a d'autant plus de chances d'être efficace qu'il sera appliqué plus précocement, à la période toxémique des psychoses. Quant aux doses et au nombre des abcès, ils doivent varier avec chaque cas.

L'abcès de fixation en pathologie mentale est un vaste champ de recherches ouvert à la psychologie et à la biologie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 30 OCTOBRE 1922

Présidence de M. TOULOUSE, Président

MM. Allamagny, Demay, Vinchon, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance de juillet.

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r Simon, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le D^r Guiraud, médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard, qui demande à faire partie de la Société à titre de membre correspondant. Une Commission est désignée, composée de MM. Colin, Truelle et Capgras, rapporteur ;

une lettre de M. le D^r H. Flournoy, privat-docent à la Faculté de Médecine de Genève, qui demande à faire partie de la Société à titre de membre associé étranger. Une Commission est nommée, composée de MM. Toulouse, Semelaigne et René Charpentier, rapporteur ;

une lettre de M. le Directeur de la Bibliothèque Universitaire de Bratiolava (Tchécoslovaquie) adressant à la Société la première année du périodique officiel de la Faculté de Médecine tchécoslovaque de Bratiolava.

M. LE PRÉSIDENT annonce le décès de M. le D^r *Déricq*, membre correspondant national de la Société, ancien médecin-directeur de l'Asile de Bonneval (Eure-et-Loir), décédé le 7 septembre 1922, à l'âge de 68 ans. Il adresse à la famille, que représente à la Société Médico-psychologique M. le D^r Dupain, l'expression de la sympathie et des regrets de la Société.

M. LE PRÉSIDENT annonce le décès, à l'âge de 66 ans,

du Professeur *Julio de Mattos* (de Porto), membre associé étranger de la Société Médico-psychologique.

Il résume une note de M. le Professeur Magalhaes Lemos sur la vie et les œuvres de l'un des plus distingués de nos membres associés étrangers. Cette note paraîtra *in extenso* dans les *Annales*.

Sur le langage « automatique »

Par M. QUERCY (asile de St-Meen, Rennes)

Je me propose de rappeler, à propos d'une malade, les vastes chapitres des néologismes et du langage automatique.

« Langage automatique », « langage involontaire », « activité-automatique-des centres-du langage », autant de mots, autant de questions perpétuellement à l'ordre du jour. — On pourrait aisément discuter l'opposition ainsi exprimée entre un langage dit volontaire et un langage dit automatique ; telle n'est pas notre intention ; nous supposerons cette opposition légitime et, ne nous occupant ici que des formes du langage automatique, nous apporterons une observation, un fait, ou, plus simplement, un cas.

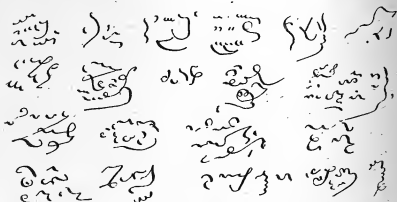
Diverses étiquettes lui conviendraient : « un cas de glossolalie », « note sur les discours en langue inconnue », « à propos des néologismes amorphes », « à propos des néologismes passifs » ; mais ces titres comportent peut-être des éclaircissements.

Les néologismes, envisagés du point de vue de leur forme, peuvent être rangés le long d'une série qui commence par des mots à peine différents de ceux du langage ordinaire et se termine par des groupes de syllabes où l'auditeur ne retrouve plus trace d'un langage connu ; tel est, par exemple, le « mot » «ocoulsilarodilnussaradaca... » emprunté aux propos d'un malade dont j'avais qualifié les néologismes

d' « amorphes » (1). Je note en passant que cette dénomination est mauvaise, car rien n'est amorphe, pas même une forme clinique ; je l'ai cependant choisie, comme expressive et peu encombrante, de préférence à tout autre mot grec ; et j'aurai à l'appliquer aux propos de la malade qui nous occupe.

Si l'on envisage maintenant les néologismes du point de vue de l'attitude du sujet à leur égard, il faudra distinguer d'autres formes. En voici quelques-unes, mais leur énumération n'a rien d'une classification.

1° Le néologisme peut être pleinement adopté par ce qu'on appelle le moi et considéré par le sujet comme



son œuvre personnelle, voulue. C'est ainsi qu'une de mes malades, franche débile, a la prétention de parler toutes les langues, Dieu lui ayant accordé ce pouvoir à sa naissance. Quand on lui demande du chinois, on obtient : « bridiguilisivilaguisidili... » et quand on désire de l'hébreu, on entend : « leubeureuneuveusculaire... ». Elle répondrait avec la même aisance en allemand, en latin, en patagon, etc. De même qu'elle les parle, elle écrit toutes les langues et voici un échantillon de son chinois ; il m'a paru digne de la publicité et capable de tenter un médium désireux d'un

(1) QUERCY. — Sur le diagnostic et la fréquence des hallucinations auditives verbales. *Encéphale*, 1920, p. 311.

modèle d'écriture Martienne. Sur un plan plus élevé, je rappelle un aliéné poète qui prodiguait des néologismes incompréhensibles, toujours ingénieux et quelquefois charmants, analogues aux noms de tissus que se plaisent à composer nos couturiers pour les journaux de modes (1).

2° A côté du néologisme présenté par le sujet comme un fruit de son activité personnelle, un produit volontaire et pleinement normal, il y aurait lieu de débrouiller plusieurs groupes de néologismes plus ou moins imposés à l'imagination et à l'appareil phonatoire des malades. Beaucoup les attribuent à une influence ou même à une voix étrangère ; tel était le malade auquel j'ai emprunté tout à l'heure l'exemple « ...ocoulsilaro... ». Il prétendait répéter malgré lui et oublier instantanément les « mots » absurdes et incompréhensibles que lui dictait je ne sais plus quelle voix.

3° Enfin, dans un dernier groupe de faits, le néologisme n'est ni le point de départ ni l'aboutissement, ni le germe ni le fruit d'un délire ; le sujet assiste, en spectateur inerte ou rebelle, au jeu bizarre de son appareil phonatoire, il est le premier à déclarer que ses néologismes n'ont aucun sens et il s'empresse d'admettre qu'ils sont le produit de l'activité pathologique de son système nerveux. Il y a là trois des principaux caractères qui permettent d'appliquer à ces néologismes l'épithète de « passifs », due, je crois, à M. Séglas.

Les néologismes de notre malade, qui, nous l'avons dit tout à l'heure, sont « amorphes », sont, d'autre part, « passifs ». Ils le sont du moins pour le moment, car il n'est pas interdit au même malade d'émettre des sons articulés tour à tour actifs ou passifs, dépourvus de sens ou chargés de significations secrètes.

Mais, à côté des termes dont nous venons d'indiquer le contenu, nous avons employé ceux de « Glossolalie » et de « Discours en langues inconnues ». Ces dé-

(1) QUERCY. — Langage et poésie d'un vieil aliéné. *Encéphale*, 1920, pp. 207-212.

nominations sont moins familières aux psychiatres qu'aux écrivains ecclésiastiques. C'est surtout dans le domaine religieux que foisonnent quelquefois les sujets capables de prononcer, un beau jour, à la surprise générale, des discours enflammés, dans un langage inaccessible au vulgaire. Les uns sont prêts à les traduire dans leur langue natale ; les autres avouent ne rien comprendre de ce qu'ils profèrent ; tous ou presque tous proclament que leur voix n'est que l'instrument, docile ou rebelle, d'une puissance supérieure ; c'est elle qui a conçu et combiné ces sons et qui agite à sa guise leur langue et leurs lèvres, sans rien révéler de ses desseins à leur conscience, à leur volonté. Ce sont des glossolales.

Notre malade émet donc des néologismes amorphes et passifs, elle tient des discours en langue inconnue, c'est une glossolale.

C'est une femme de 57 ans ; à 55 ans, longtemps après une ménopause paisible, elle a ressenti des douleurs rhumatismales qui se sont rapidement exagérées et généralisées et voici ce que son mari m'en a dit : « Ma femme se plaint de partout ; elle ne peut rien faire et reste presque toujours couchée ; quand ses douleurs augmentent, elle gémit et pousse même des cris pendant des heures. Le médecin dit que c'est nerveux. »

Mis en présence de la malade, je constatai bien sur elle les déformations du rhumatisme chronique et des craquements articulaires, mais, le tout, à un degré fort léger ; toutes les articulations étaient souples et j'obtins aisément tous les mouvements normaux, y compris la marche. Ces constatations faites, l'intéressée m'expliqua ce qui suit : « Je souffre énormément... ce ne sont pas des douleurs rhumatismales, je les connais... c'est... je ne sais pas ce que c'est ; ça me tient dans tout le corps et quand c'est trop fort, je suis obligée de crier.

« On m'a donné de tout, de l'opium, des bains, du gardénal, des bromures, de la belladone, de l'adrénaline, de l'ovaire, du corps thyroïde ; on a essayé de me persuader de toutes les façons que je n'avais rien ; on a voulu m'hypnotiser et je ne demandais pas mieux ; rien n'y a fait. »

Je n'effleurerai même pas les questions que soulève ce qui précède et je passe, sans esprit de retour, aux troubles du langage que présente cette malade. Le mari m'avait dit : « Depuis 18 mois, ma femme dit des choses incompréhensibles. » Au cours de notre conversation, Mme M. avait quelquefois entrecoupé ses déclarations de néologismes furtifs, analogues à ce que nous sommes habitués à observer chez de nombreux malades. Ce n'était rien auprès de ce que j'allais entendre.

M'étant éloigné, avec le mari, pour parler, hors de portée de sa femme, de la conduite à tenir : « Revenons doucement », me dit-il, « peut-être parlera-t-elle toute seule ». Nous eûmes cette chance et, dans l'escalier où je retenais mon souffle, je fus l'auditeur étonné d'un discours passionné, plein de lamentations et d'élans, entrecoupé de soupirs et de gémissements, mais où il me fut impossible de distinguer autre chose, au point de vue verbal, qu'une interminable énumération de syllabes dont voici un échantillon approximatif :

« ...farizitocéricia, fandizitorfé ! forsiãozé ; dorsiissi-tirtousoréta. Sirropé, cériporéalessio, issioudenrialessi. Sitouvendi ! Santéticorsi, allessizorétoursisanti, coté-lissoric, corsiti. Torsicorsi ! santexagésicorsi ! Zédi ! Sourtidantissé, sotidanricorépsicorsia... ».

Après une ou deux minutes de cette audition, un bruit quelconque trahit notre présence et ce fut le signal de la fin, rapide mais progressive, de ce singulier phénomène.



Je n'ai naturellement pas entendu les « discours en langue inconnue » des glossolales soumis au jugement des autorités ecclésiastiques ; mais notre maître en cette matière, M. le professeur Delacroix, a bien voulu me rassurer sur la légitimité du rapprochement.

Sans vouloir reprendre l'historique de la glossolalie, je crois devoir rappeler quelques repères. On connaît l'histoire des Apôtres : lorsque les flammes du Saint-Esprit leur apportèrent le don des langues, bien des témoins de ce prodige allaient disant : « Ils sont

pleins de vin doux. » Mais saint Pierre répliquait à ces psychiatres inconvenants et obtus : « Ils ne peuvent pas être pleins de vin doux, il n'est pas encore trois heures. »

On se souvient aussi de l'intervention décisive de saint Paul : il faut distinguer les vrais et les faux glossolales ; les élucubrations de ces derniers ne sont que folie et non-sens. Quant aux premiers, beaucoup ne sont pas capables de se traduire ; Dieu manie leur langue à sa guise et leur a refusé la satisfaction de comprendre ce qu'ils disent. Qui traduira leurs discours ? Il faudra qu'un autre membre de la communauté se lève et explique aux fidèles le message d'en-haut. Des deux élus, l'un avait reçu le don des langues, l'autre la vertu de discernement ; deux présents de l'Esprit nettement distincts.

L'étude de ces faits n'a pas énormément progressé depuis saint Paul ; mais si l'on désire des exemples plus récents, ils pullulent dans l'histoire des convulsionnaires de saint Médard, telle que la rapporte Carré de Montgeron, résumée plus tard par Calmeil. Ce dernier, comme tous les auteurs, insiste sur le caractère involontaire, automatique, passif, de l'impulsion verbale. Magnifique, exubérant, tant que l'appareil phonatoire du sujet fonctionne malgré lui et presque à son insu, le discours tombe à un lamentable balbutiement de pauvretés dès que l'orateur improvisé n'a plus que son intelligence et sa volonté pour actionner les organes que n'anime plus l'Esprit.

Ces floraisons verbales ont eu aussi pour théâtre ou pour abri les solitaires, silencieuses et modestes cellules des couvents et l'on ne peut s'empêcher de rapprocher l'histoire de notre malade de certains récits hagiographiques. Ces étranges et cruelles souffrances, cette sorte de parésie fonctionnelle des membres, cette ferme raison dont elle fait preuve dans ses entretiens avec nous, ces accès de glossolalie, de glossolalie secrète que le médecin habituel ignore ; tout cela, même pour un esprit peu familiarisé avec l'histoire religieuse, tout cela est banal. Elles sont nombreuses, en effet, les religieuses clouées au lit par des maux sans nombre,

douées d'une souveraine raison et qui se laissent emporter par des élans mystiques dont la glossolalie est une manifestation.

Si j'ai rapproché notre malade des glossolales religieuses, c'est bien pour marquer les ressemblances qui rendent intéressante cette glossolale, laïque et contemporaine ; mais je voudrais surtout insister sur les différences. Cette femme, sous les apparences d'une glossolale à prétentions mystiques, nous offre au contraire un type de néologismes passifs.

Tout à l'heure, nous avons appliqué ce dernier terme aux cas suivants : le néologisme n'est ni le fruit ni le germe d'un délire ; le sujet assiste, en spectateur impuissant, au jeu de son appareil phonatoire ; il est le premier à déclarer que ses propos n'ont aucun sens et il admet aisément qu'ils sont le produit de l'activité pathologique de son système nerveux. Des néologismes vis-à-vis desquels la conscience réagit ainsi, sont, dans presque tous les sens du mot, des néologismes passifs.

Telle est précisément la forme qu'illustre notre malade. On pourrait en être surpris : voilà dix-huit mois qu'elle accable mari et enfants de ses harangues mystérieuses et passionnées ; elle présente, d'autre part, des troubles qui appellent les qualificatifs de « fonctionnels », « névropathiques », « pithiatiques » ; elle est enfin entourée de gens qu'intéressent ces discours, qui en font à la fois mystère et étalage et qui ne demandent qu'à la voir délirer. Or, nous ne voyons en elle aucune trace d'interprétations pathologiques. Voici comment elle résumerait son cas, si elle était savante : « Les médecins étudient, dans les asiles, ce qu'ils nomment les néologismes des maniaques, des débiles, des déments, des délirants ; je ne suis rien de tout cela et surtout, les pauvretés qu'élaborent les fous n'approchent pas de l'exubérance et de la complexité de mes impulsions. — Il y a dans les couvents, des malades, des mystificatrices, des inspirées peut-être, dont le langage rappelle le mien ; mais je n'ai aucune préoccupation religieuse, mystique. Je ne crois pas davantage avoir le désir de me rendre intéressante et je réussis souvent à ne m'abandonner à mes impulsions que lorsque je

suis seule. — Je suis incapable, en un mot, de trouver à mes maudites paroles une origine psychologique et j'espère bien que je ne serai jamais assez troublée pour leur trouver une explication de folle ou pour raconter que je suis inspirée. Il y a un prêtre dans la maison ; qu'on ne l'ennuie pas avec mes histoires. »

Reprenons cette profession de foi en termes plus nets :

1° La malade ne prend pas ses néologismes à son compte ; ils ne sont pas son œuvre volontaire, personnelle, adoptée par son moi.

2° Aucun délire ne les accompagne et, notamment, les prétentions mystiques sont nulles.

3° Ses discours ne sont pas la reproduction, plus ou moins fantaisiste, de formes verbales antérieurement acquises ; elle affirme ne pas utiliser des ressources verbales volontairement apprises autrefois : textes français, patois ou étrangers, formules cabalistiques comme en composent parfois les prestidigitateurs ; jurons, onomatopées, bruits imitatifs, balbutiements puérils, etc. Nous n'avons pas trouvé, dans le passé de la malade, dans son passé verbal en particulier, la source psychologique de ce déluge de néologismes (1).

4° Le sujet, mis au courant du vocabulaire scientifique, attribue enfin ses propos à l'activité automatique de ses centres du langage ; si on le poussait un peu, il nous parlerait de néologismes « organiques » et nous les présenterait comme une monstrueuse paraphrasie.

Il serait puéril de fonder les énormes conclusions ainsi suggérées sur une base concrète aussi étroite et aussi fragile. Associer ces deux expressions : « langage automatique » et « discours en langues inconnues », c'est s'exposer à dire que l'automatisme verbal peut créer un langage. Il suffit d'énoncer une pareille déclaration pour en sentir l'inanité présente et pour ces-

(1) Ici, une réserve. Je n'ai posé à la malade que peu de questions ; mon analyse a été discrète ; je n'ai pas demandé au sujet de prendre une attitude psychologique spéciale ; j'ai essayé de rester fidèle au précepte : *primum, non nocere*.

ser de regarder plus avant dans la machinerie verbale de l'homme. En l'absence de tout phonogramme de ces étranges discours, il faut garder une extrême réserve sur la valeur de dénominations contradictoires telles que « néologismes amorphes » et « discours en langue inconnue ».

Mieux vaut se borner en définitive à une conclusion minima : en dehors des ordinaires faiseurs de néologismes des asiles, il existe de grands glossolales, capables d'émettre des séries de syllabes assez étrangères à nos langues pour mériter le nom d'amorphes et assez longues, assez rapides, assez complexes pour avoir mérité d'être appelées « des langues inconnues ». — Ces glossolales affirment que leur appareil phonatoire fonctionne indépendamment de leur volonté et de tout appel à leurs ressources psychologiques, verbales ou autres.

Cela dit, je m'excuse presque de ce que la malade étudiée ici a d'exceptionnel. Dans une récente note, MM. Claude et Cellier ont parlé de la libération de l'automatisme du langage à propos d'une malade dont l'activité paraissait normale ici et, là, démentielle (1). Il m'a semblé qu'on leur objectait que de tels malades étaient d'observation plus fréquente qu'ils ne paraissent le penser. C'est peut-être vrai, mais la fréquence d'un fait n'est-elle pas ce qui le rend véritablement intéressant ? Si la malade dont j'ai voulu vous entretenir garde un intérêt permanent, c'est parce que, sous ses dehors pittoresques, elle ressemble aux malades de tous les jours et nous inviterait à ne pas les négliger, si le flot d'aliénés dont nous sommes submergés nous permettait de travailler.

DISCUSSION

M. MIGNARD. — Sur le point principal des très intéressantes considérations de M. Quercy nous serons d'accord, je n'en doute pas. Nous le féliciterons aussi

(1) *Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale*, 1922, pp. 187-195.

des remarquables observations qu'il nous a données et qu'il nous donne encore sur certains phénomènes pathologiques dans lesquels on voit très nettement la conscience du malade subir l'entraînement de certains processus organiques. Les langues prétendues des gloses pathologiques sont évidemment le résultat des déformations que l'automatisme organique impose au langage, quelle que soit, par ailleurs, la réaction de la conscience.

C'est sur un point relativement secondaire en ce qui concerne l'objet de son étude, mais très important en lui-même, que je voudrais ici lui présenter une critique.

Il semblerait, en effet, d'après ce que nous venons d'entendre, que M. Quercy tende à assimiler certains faits religieux à des phénomènes pathologiques. Cette attitude fut très à la mode dans le cours du siècle dernier. Elle ne saurait l'être aujourd'hui. Des esprits aussi peu prévenus, en l'espèce, que ceux de Durkheim et ses élèves, ont reconnu la très grande valeur de la donnée religieuse, telle qu'on se demande si les sociétés humaines eussent pu sans elle se développer et se conserver. Les faits psycho-pathologiques, au contraire, sont réactions de déchet où la pensée se trouve entraînée du fait d'un état morbide de l'équilibre organo-psychique. Elles ne sauraient porter de tels fruits.

Cependant certaines ressemblances existent. Sans doute. N'en est-il pas ainsi pour tout fait pathologique, qui trouve toujours, en psychologie comme en physiologie, une correspondance dans le normal ? Dans la sphère de la sensibilité, l'hallucination est une modification de la conscience provoquée par la maladie, mais la perception est une normale modification de la conscience, provoquée par la présence d'un objet. On observe dans les asiles des aliénés inventeurs. Ils se croient doués d'une pensée féconde comme les inventeurs véritables. Y voudrait-on trouver une raison pour assimiler ces deux ordres d'esprits ? De même, le sentiment d'inspiration connaît diverses origines, de valeurs bien différentes.

M. LEGRAIN. — Le cas de M. Quercy est fort curieux. Je ne crois pas pour ma part qu'on en rencontre fréquemment de tels dans nos services. Pour ma part, je n'en ai jamais vu d'aussi stéréotypé.

Je voudrais, d'autre part, faire quelques réserves en ce qui concerne le qualificatif d'*automatique* dont on s'est servi. S'il est, je le reconnais bien, tout à fait légitime en apparence, objectivement parlant, il n'est peut-être pas expédient d'en faire la caractéristique spécifique du cas observé. L'automatisme existe-t-il ? En réalité, quand nous employons ce terme, il faut bien que nous reconnaissions qu'il ne fait que masquer en général notre ignorance de l'enchaînement des causes.

En fait, il n'y a rien d'automatique. Bien souvent dans la pratique, lorsqu'il nous est donné de faire de nos malades un examen très approfondi, surtout à la faveur d'anamnèses très poussées, nous arrivons à dépister le noyau primitif de tel ou tel syndrome qui, au premier abord, semble automatique, qu'il s'agisse, par exemple, d'un tic, d'une obsession, etc.

C'est qu'il y a tout un être que nous sommes mal armés pour en faire l'analyse, c'est l'inconscient. M. Quercy a tiré un fort beau parti de son cas dans le domaine du conscient, mais ne serait-il pas bon de compléter l'examen de la malade par celui de son subconscient ? Est-elle hypnotisable ? Que révélerait son psychisme en état d'hypnose ? A-t-on scruté chez elle la vie de rêves ?

Il y aurait là toute une investigation précieuse à réaliser, peut-être en pure perte, mais peut-être aussi avec fruit. Je ne crois pas qu'une glossolalie aussi prononcée, aussi systématique si je puis dire, ne réponde absolument à rien du point de vue psycho-étiologique. Et sans tomber dans les excès discutables du freudisme, ne négligeons point pourtant de reconnaître les énormes avantages que l'on peut retirer d'une psychoanalyse bien conduite.

Il me souvient d'un malade fort célèbre parmi ceux de ma génération, un nommé V... qui fit station dans la plupart des grands services de neurologie et de psy-

chiatric. Il avait servi à nos confrères Bourru et Burot de La Rochelle pour réaliser leurs belles études sur l'action des médicaments à distance. Ce malade était un grand hystérique à états second, tierce, quarte, etc., qui se succédaient comme autant de tranches de vie indépendantes les unes des autres. Eh bien, dans certains de ces états, V... tenait des discours très proches de ceux de la malade de M. Quercy. Il n'en avait aucune souvenance dans ses autres états. Ils se reproduisaient identiques dans chaque tranche de vie semblable à celle où ils s'étaient déjà produits. Il est évident que chez ce malade, comme peut-être chez celle de M. Quercy, il y avait un être subconscient particulièrement intéressant.

M. QUERCY. — Je répond à l'aimable objection de M. Mignard que je suis pleinement d'accord avec lui ; je crois, avec le grand philosophe dont il a prononcé le nom, qu'il est vain de vouloir ramener un phénomène religieux à un phénomène pathologique. Ce que j'ai voulu faire n'a été nullement une assimilation, mais seulement une comparaison, et, m'abritant derrière les autorités religieuses, je rappellerai qu'elles proclament combien il peut être difficile de distinguer une apparition d'une hallucination et un discours d'inspiration divine d'une impulsion verbale pathologique.

Je réponds à M. Legrain que j'ai éliminé la question de l'automatisme et de la volonté ; elle déborde notre cadre et nous aurait entraîné bien loin, peut-être en pleine métaphysique. Quant au diagnostic d'hystérie, j'y ai fait allusion, mais je crois que toute insistance sur ce point ne nous aurait pas permis d'y voir beaucoup plus clair.

Si j'ai enfin borné mon analyse psychologique, ce n'est pas par phobie du freudisme, c'est pour éviter de substituer à une malade « naturelle » une malade « artificielle » et pour ne pas collaborer avec elle à l'édification d'une théorie incertaine.

Psychoses associées

Onirisme et symptômes maniaques

Par M. Louis PARANT (service du D^r Pactet)

L'agitation est un phénomène banal chez les sujets atteints de délire onirique, de confusion mentale toxique, mais cette agitation, comme le remarque Régis, « ressemble à l'agitation factice des mélancoliques ».

L'existence chez ces malades de symptômes maniaques semble plus rare et a été passée sous silence par la plupart des auteurs. D'autant que nous avons ici moins en vue l'agitation motrice, l'excitation plus ou moins désordonnée et bruyante que d'autres phénomènes, purement psychiques, que l'on fait rentrer habituellement dans le cadre du syndrome maniaque, tels que l'association rapide des idées, la gaieté, l'euphorie, la tendance aux jeux de mots, l'ironie.

Ces symptômes n'ont pas, croyons-nous, été signalés au cours du délire toxique, c'est pourquoi le cas suivant nous a paru présenter de l'intérêt.

Mes..., âgé de 46 ans, d'origine suisse, n'a présenté des troubles intellectuels qu'à la fin du mois de mai 1922. Buveur d'habitude, absorbant plus de deux litres de vin blanc par jour, il n'a jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 28 ans.

En mai 1922, son caractère change et il présente des idées de persécution ; il accuse sa femme de mettre dans son vin et dans sa nourriture des substances toxiques ; il croit que partout où il passe on lui lance de la poudre.

Il cesse alors de travailler et est admis à l'hôpital Broussais. Là, il croit qu'on veut le tuer, le conduire à l'échafaud.

Il se montre jaloux.

Sa mémoire commence à faiblir à cette époque seulement. Agité, incohérent, il cherche à fuir en chemise et à se jeter par la fenêtre. Il faut l'interner le 21 juillet 1922 ; trois jours après, il entre dans le service de notre Maître, M. Pactet, à Villejuif.

Il présente alors avant tout un *délire onirique*, il croit

que sa femme l'a abandonné, que ses enfants ont commis des crimes, il cherche constamment à fuir ; il présente un état confusionnel avec désorientation complète et fausses reconnaissances.

Son aspect extérieur est celui d'un alcoolique : le nez rouge, les yeux brillants, le visage couperosé, les lèvres tremulantes, il a de l'embarras de la parole ; on note de l'inégalité et des déformations pupillaires, avec ébauche de signe d'Argyll. Mais il ne présente aucun trouble polynévritique : ses réflexes sont normaux, la pression des mollets n'est pas douloureuse, il n'y a pas d'atrophie musculaire.

L'on pouvait espérer à ce moment une amélioration rapide de l'état du malade ; mais il n'en fut rien dans les semaines suivantes. Trois mois après l'internement, le syndrome paraît, au contraire, plus nettement constitué qu'au début.

La seule modification porte sur les idées délirantes de jalousie et de préjudice qui ont totalement disparu. Les signes physiques ne sont nullement modifiés.

La réaction de B.-W. dans le sang est positive ; après ponction lombaire, le L. C.-R. présente un B.-W. négatif, mais une réaction de Guillain atypique (100002221000000). Dans les urines, on ne trouve ni albumine, ni sucre, ni acétone ; les réactions des pigments et acides biliaires sont également négatives. Le tremblement est surtout manifeste dans l'écriture.

L'état mental est caractérisé avant tout par de la *confusion* avec fausses reconnaissances et de l'onirisme. Le malade est complètement inconscient de sa situation ; il urine n'importe où, et notamment sur son lit, sur son édredon ; dans son lit, un jour, il modelait ses excréments comme de la terre glaise.

Il prend l'infirmier pour son fils ; il donne à chaque personne un nouveau nom, il va constamment près des lits des autres malades qu'il agace.

Il est à noter qu'il ne semble faire aucun effort pour sortir de cet état.

Il présente tous les caractères de l'onirisme, semblable à un homme en état de somnambulisme, mais il offre à un degré très net cette particularité indiquée par Régis de passer très rapidement de son rêve à la réalité et de la réalité au rêve selon qu'on lui parle ou qu'on le quitte.

Ses gestes sont lents, vagues, il prend des poses imprévues, des attitudes bizarres, ses yeux semblent toujours suivre des personnages invisibles. L'air égaré, il cherche toujours à s'en aller.

Ses réponses, parfois très précises comme nous le verrons tout à l'heure, sont le plus souvent totalement incohérentes : « Quel est votre métier ? — Avant la guerre, tu étais poussière ; je consolide la maison ; c'est moi qui l'ai construite avant-hier (il se met debout sur son lit et lève sa timbale vers le plafond) ».

Il ne manifeste aucun étonnement de ce qui se passe autour de lui.

Son attention est très difficile à maintenir. On ne peut lui faire lire que quelques lignes au cours desquelles il transforme plusieurs mots en mots semblables. Comme on insiste pour le faire lire davantage, il s'en va. Il est incapable de calculs élémentaires.

Signalons, en outre, chez lui des tendances catatoniques telles que les ont signalées Régis et Laures.

C'est sur ce syndrome banal d'état toxique qu'il est curieux de voir se développer certains symptômes maniaques assez imprévus :

Au cours de ses phrases incohérentes, il répond tout à coup volontiers et d'une façon correcte. Il présente même parfois de l'esprit d'à-propos ; entendant au loin un clairon, il s'anime et siffle des airs guerriers. Ses saillies sont souvent imprévues : lorsque nous lui reprochons sa saleté le jour où il pétrit ses excréments, il nous répond : « J'ai fait un petit homme ; c'est donc dégoûtant pour un homme d'accoucher ? » Il dit un jour qu'il était garde-champêtre à Malakoff ou planteur à Caïffa.

Ses associations d'idées sont rapides, à type maniaque, riches en calembours : « Où êtes-vous né ? — A Neuchâtel, en Suisse. — Quelle langue y parle-t-on ? — Les langues fourrées, et je suis fourré ici. Monsieur (il montre un infirmier) est toujours fourré à Paris. » — « Où étiez-vous avant de venir ici ? — Au cinéma, chez « Double Fer blanc », comme épicier. » — Un jour qu'il faisait des singeries, nous lui demandons s'il a été dans un cirque comme clown : « Oui, c'est là que je vous ai connu. »

Il semble improbable que Mess... présente de véritables hallucinations.

En résumé, on est en droit de parler, chez ce malade, d'onirisme au sens exact du mot si l'on admet la définition donnée par Delmas au Congrès de Strasbourg : l'onirisme est l'état d'un sujet qui, bien qu'éveillé, rêve, et présente un délire hallucinatoire comparable par

l'ensemble de ses caractères aux divagations de l'homme endormi.

Ce malade présente, en outre, le tableau symptomatique du délire onirique avec les signes physiques de l'alcoolisme et surtout ses signes mentaux, composés de symptômes confusionnels (obtusion, désorientation, hébétude, amnésie, fausses reconnaissances) et de délire de rêve, non de rêve normal, mais d'état second, sorte d'état somnambulique avec libération de l'automatisme moteur.

Ce qui est frappant chez notre malade, c'est la facilité avec laquelle il passe de son état second à la réalité et de la réalité à son état second suivant qu'on lui parle ou qu'on le laisse à lui-même. Il ne manifeste, du reste, en aucune circonstance le moindre étonnement de sa situation ou de ce qui se passe autour de lui, symptôme caractéristique de l'intoxication alcoolique.

Mais à ce syndrome confusionnel onirique se superpose tout un ensemble de symptômes maniaques constitués moins par de l'agitation, de la turbulence, que par des réponses parfois correctes, précises, avec associations d'idées rapides, tendance aux jeux de mots, aux plaisanteries, agrémentées de facéties et d'ironie plaisante.

Or, aucune de ces manifestations n'existait avant l'apparition des symptômes confusionnels d'origine toxique.

L'intérêt d'un tel malade ne réside donc pas seulement dans la curiosité séméiologique de son cas, mais il soulève une question de diagnostic et de nosographie.

S'agit-il, chez notre malade, en raison de son amnésie de fixation, sa fabulation, ses fausses reconnaissances, d'un syndrome de Korsakoff ? L'absence de tout signe de polynévrite n'est pas une objection définitive puisque Soukhanoff et d'autres défenseurs de l'individualité de la maladie de Korsakoff admettent une forme amnésique sans polynévrite.

S'agit-il, en raison de la durée anormalement longue de cet état confusionnel onirique, d'une confusion mentale chronique, d'une psychose post-onirique ?

Nous pensons plutôt qu'il faut plus simplement voir ici une *association* morbide entre un état d'intoxication intense (exo-intoxication, aggravée sans doute d'auto-intoxication par insuffisance hépatique) et un état d'excitation intermittente alternant avec de la dépression, plus marquée au début de l'internement.

Enfin, il est un troisième et dernier point qu'il serait intéressant d'aborder au sujet de notre malade, mais qu'il serait prématuré de vouloir traiter ici d'une manière approfondie : c'est, au point de vue thérapeutique, l'action désintoxicante des diurétiques.

Nous avons, à partir du 27 septembre, après deux mois d'internement, en présence de l'état confusionnel nullement diminué, administré à notre malade 2 cc. par jour de théobryl en injections intra-musculaires, et peu à peu nous avons vu diminuer son état confusionnel et somnambulique, pendant que les phénomènes maniaques s'accroissaient progressivement.

Le malade causait davantage, paraissait mieux orienté, moins égaré, et la turbulence paisible faisait place de plus en plus à de l'agitation, au point qu'il a fallu placer le malade dans le quartier des agités. L'administration du théobryl était alors supprimée depuis quelques jours. Quand l'agitation fut devenue considérable, on administra du somnifère par la bouche, qui la fit disparaître assez rapidement, mais avec réapparition simultanée de l'état onirique tel qu'il se présentait quelques semaines auparavant. Il y a là une action thérapeutique assez manifeste qu'il était intéressant de signaler.

Les Services ouverts

(suite de la discussion)

Il est donné lecture de la communication suivante de M. Simon, empêché d'assister à la séance.

M. SIMON. — Entraîné peu à peu dans la mêlée, je voudrais expliquer en quelques mots mon attitude dans ce débat relatif aux services ouverts et aux malades qu'on paraît devoir y admettre.

Nous avons été saisis d'une lettre de M. Strauss disant à peu près ceci : « On nous demande de divers côtés à créer des services ouverts ; à quels malades ces services sont-ils destinés ? » Peut-être bien est-ce à ceux de nos collègues qui réclament l'installation de services de ce genre qu'il appartiendrait avant tout de répondre, et, s'ils avaient proposé, à la question précédente, une réponse quelconque, il est infiniment probable que je n'aurais rien dit. Mais quelle était la réponse qu'ils faisaient, ou tout au moins celle que faisait M. Toulouse à une question toute semblable le 27 mars 1922 ? Elle est résumée sous cette forme lapidaire : « Je n'en sais rien. » (*Annales médico-psychologiques*, avril 1922, p. 360).

De mon côté, je m'étais demandé quelle réponse on pouvait bien fournir, en effet, et c'est la réponse à cette interrogation personnelle que j'ai soumise à la Société médicale des Asiles en juillet dernier. Il s'est trouvé qu'elle a été acceptée par les membres présents.

Pouvons-nous de même l'accepter ici ? Nous avons eu déjà la dernière fois une courte discussion à ce sujet et qui en éclaire certains aspects. Le problème a été également posé au dernier Congrès de Quimper, qui, finalement, nous le renvoie pour solution...

Permettez-moi d'avouer d'abord que le principal avantage que me paraît présenter la réponse adoptée par la Société médicale des Asiles est le suivant. C'est un texte ; c'est une formule ; on peut la discuter. Par ailleurs, je n'y tiens absolument pas. Entendons-nous, je veux dire par là que je suis tout prêt à l'abandonner

si l'on me propose une rédaction meilleure, ce qui serait sans doute assez aisé.

J'y ai de nouveau réfléchi depuis que nous l'avons voté. La première partie : « Nécessité de services ouverts... » n'a pas généralement été critiquée. La deuxième : « Malades à ne pas admettre dans ces services... », — outre d'autres défauts sur lesquels je reviendrai tout à l'heure, — est mal rattachée au début. La dernière discussion à cette Société a faite plus consciente dans mon esprit la transition qu'on pouvait y mettre. En effet, l'accord, aussi, paraît avoir été unanime sur ce point que nous n'avons pas à fournir à l'administration une liste nosologique des malades susceptibles de bénéficier des services ouverts. Nous n'avons pas à énumérer que ces services recevront des mélancoliques intermittents et non des paralytiques généraux, parce que, bien entendu, des mélancoliques intermittents peuvent n'y pas être à leur place tandis que des paralytiques généraux simples, non délirants, y trouveraient exceptionnellement des conditions excellentes de traitement. C'est là question d'espèce. Mais, question d'espèce, qu'est-ce que cela veut dire ? Cela veut dire que, si l'admission de tel ou tel malade dans un service ouvert n'est pas une affaire de classification médicale, elle relève d'autres conditions, à savoir des réactions sociales du malade. Et c'est d'ailleurs pourquoi l'administration s'y intéresse.

Bref, — et malgré quelques réserves sur cette opinion qu'on ne peut aboutir à une dénomination précise des malades à admettre, — je donnerais volontiers sur ce point satisfaction aux désirs qu'ont exprimés les plus éminents de nos collègues. « Fournir une liste nosologique des malades qui peuvent être admis dans les services ouverts, — écrirais-je volontiers, — est à peu près impossible, les indications de ce mode d'hospitalisation relevant moins du type de la maladie que de sa forme et des réactions qu'elle détermine chez le malade. » Et, par cette transition, je rejoindrais la deuxième partie de notre texte : « De toutes façons ne peuvent être admis dans les services ouverts, etc. »

Cette deuxième partie formule deux conditions. Nous avons relu quelques-unes des discussions sur les services ouverts. Il ne semble pas qu'il y ait de désaccord pour en éliminer les malades dangereux pour les autres ou même pour eux-mêmes.

Reste la demande de discernement que nous réclamons du malade. A cet égard, je suis plus hésitant. Jusqu'à quel point cette condition doit-elle être impérative ? Ce qui me l'a fait formuler est la considération suivante. Cela me choque de placer dans des services ouverts des malades qui ne savent même pas où on les place.

Qu'il s'agisse d'arriérés, de confus ou de déments, des malades mentaux qui ne se rendent pas compte des mesures prises à leur endroit ne resteront en effet dans un service ouvert que par passivité. Amenés par des amis ou des proches, bien que dans un service ouvert, ils ne sortiront que si ceux-ci les réclament. Feraient-ils quelque tentative, on ne les considèrera pas comme des protestataires véritables, on n'attribuera pas à leurs réclamations une pleine valeur parce qu'eux-mêmes sont considérés comme incapables d'apprécier leur intérêt. Et pourtant rien ne limitera leur capacité civile. On pourra obtenir d'eux, et contre eux, toutes les signatures qu'on voudra. Et je me demande jusqu'à quel point le médecin ne pourrait être tenu comme complice le jour où par exemple le testament d'un de ces malades serait contesté. Le médecin paraît prendre en la circonstance une certaine part de responsabilité. Toutefois ce sont risques du métier qu'il convient peut-être de ne pas trop exagérer. Ce sont inconvénients qui ne sont peut-être pas éliminatoires. J'aurais par suite une tendance à placer cette condition la seconde plutôt que la première et à la formuler d'une façon plus nuancée. Pour les malades mentaux qui n'ont pas un discernement suffisant pour apprécier leur placement, peut-être pourrait-on accepter leur admission sous réserve qu'aucun acte civil ne pourrait être valablement accompli par ces malades au cours de leur hospitalisation.

Grosse complication toutefois, — et bien inutile si les services ouverts ne sont pas faits pour ce genre de malades. En sorte que nous voici ramenés à la question primitive : à quels malades les services ouverts sont-ils donc réservés ? Aussi bien notre réponse à la question administrative était-elle surtout rédigée sous forme négative, et l'on peut trouver que c'est un nouveau défaut.

Chercherons-nous une réponse positive ? Pourquoi pas ? Nous avons, pour le faire, deux méthodes : des considérations théoriques, et des faits.

Logiquement, et jusqu'à ces dernières années, on était à peu près d'accord sur les principes suivants relatifs à l'assistance des malades qui présentent des troubles mentaux. On n'avait guère que deux alternatives : l'hôpital, et l'asile. L'hôpital était réservé aux malades qui font des troubles mentaux à l'occasion d'une affection physique reconnue, généralement fébrile, — chez qui les troubles mentaux passaient en quelque sorte au second plan, — chez qui également ils étaient tels qu'un traitement de l'affection organique était la chose essentielle et susceptible d'amener la guérison. L'asile était pour les aliénés dont les troubles mentaux, de plus longue durée, nécessitent aussi des mesures autres qu'une médication organique, et dont la caractéristique la plus générale est peut-être de refuser tout traitement. Bien entendu ces deux groupes sont moins tranchés que ces phrases semblent l'indiquer. Entre les cas typiques, maintes formes de transition, pour lesquelles le seul guide de ce qui convient est la connaissance qu'assure une spécialisation.

On en était là lorsque, sous l'influence d'abord des médecins des maisons de santé privées, sous l'influence ensuite de neurologistes tels que Déjerine ou de psychologues tels que Janet, dans les consultations de la Salpêtrière, notamment, s'est présentée toute une clientèle de malades inquiets, plus ou moins hypochondriaques et fréquemment fatigués, qui appellent eux-mêmes à l'aide, qui réclament le secours de paroles réconfortantes, qui ont besoin d'un régime spécial et

de repos prolongé, et surtout d'un isolement hors des conditions pénibles où se passe ordinairement leur vie. Bien des fois, nous avons vu des malades qui auraient bénéficié de services où ils auraient rencontré ces conditions. Ils auraient accepté avec gratitude d'être mis en état de repartir pour de nouveaux efforts, — mais nous ne savions où les adresser. L'hôpital habituel leur refusait l'accès. A l'asile, on les recevait quelquefois par complaisance, mais on ne recevait que les cas les plus graves, et les autres, — protestant de toutes leurs forces contre l'identification qu'on semblait faire entre eux et les aliénés véritables, — se refusaient à l'internement.

Voilà, en gros, la répartition des malades mentaux telle qu'elle apparaît au point de vue des besoins de leur assistance. Ou du moins c'en est le schéma un peu simpliste. Il s'y joignait un problème pécuniaire qui n'était pas fait pour en faciliter la solution. La collectivité accepte les frais lorsqu'il s'agit d'aliénés patents. Elle cherche à les imputer aux familles dans tous les cas de placement volontaire. Elle hésite à délier sa bourse pour des malades dont les troubles mentaux ne lui paraissent pas assez graves pour leur empêcher tout travail.

A côté de la conception précédente, nous avons des situations de fait, assez voisines sans doute, mais divergentes aussi par quelque côté. Ces situations de fait sont les suivantes : 1° Quelques médecins des hôpitaux, que leur curiosité attirait vers ces études, ont reçu dans leurs services, non seulement des malades aigus, non seulement des malades conscients, mais des aliénés véritables. Palliée par le transfert fréquent dans les asiles de malades ainsi hospitalisés, cette tolérance paraît bien n'avoir guère présenté d'inconvénients. Y avait-il à cela des avantages ? Hors ceux qu'en a reçus la science psychiatrique, mes confrères me permettront, j'espère, d'en douter, mais on en peut tirer argument pour soutenir que l'aliénation la mieux établie peut, en effet, être soignée sans certificat.

2° Des maisons de santé reçoivent depuis longtemps des malades de tous points analogues à ceux

pour lesquels les services ouverts sont réclamés. Elles portent elles-mêmes une pareille dénomination. Ce que les services ouverts se proposent, n'est-ce pas, en effet, d'étendre aux indigents le bénéfice d'une assistance que les gens riches ont depuis longtemps trouvée dans les maisons auxquelles nous faisons allusion ?...

Nous devrions donc avoir, à côté des idées directrices que j'exposais tout à l'heure, des résultats d'expériences, — résultats auxquels viendraient s'ajouter aujourd'hui les quelques mois de fonctionnement du service de M. Toulouse. Combien de malades mentaux passent dans les consultations sans qu'une hospitalisation même soit jugée nécessaire ? — et quel caractère commun ces malades présentent-ils qui permet que, bien que mentalement atteints, ils continuent ainsi de vivre de la vie de tout le monde ? Combien de malades mentaux — et quels malades mentaux, appartenant à quel cadre nosologique, et avec quels caractères spéciaux — ont-ils pu être hospitalisés seulement et guéris ? Combien, hospitalisés, n'ont vu, par là, qu'être reculée la date de leur internement ?..... Des études statistiques devraient nous fixer sur tous ces points. Est-ce ce que se propose la commission nommée ? Sans enquêtes de ce genre, nous risquons certes de palabrer en vain longtemps encore.

Nous avons tous lu dans les grands journaux quotidiens qu'il y avait ainsi dans Paris 100.000 malades qui attendaient, et que les services ouverts exerceraient un rôle de prophylaxie de premier ordre. Je crains bien que ce dernier point comporte quelque illusion qui exerce aussi son mirage sur des personnages politiques généreux mais inaccoutumés à ces problèmes. Il est seulement probable — mais souhaitable en même temps à la vérité, — que la création de tels services augmentera le nombre des personnes appelées à bénéficier de l'assistance. Mais peu importe, et, quoi qu'il en soit, en attendant les faits précis dont nous demandions la production, voici une formule positive qui tiendrait compte du moins des

remarques précédentes. « Les services ouverts, pourrait-on dire, sont *essentiellement* réservés aux malades mentaux qui ont conscience de leurs troubles et qui acceptent le traitement réclamé par leur état. De toutes façons, n'y pourront être admis les malades dangereux, etc. » L'adverbe, essentiellement, laisse plus de marge que le texte que j'avais primitivement proposé et risque donc moins de gêner les collègues qui garderaient sur les malades à accepter dans les services ouverts des idées moins accusées que celles que je m'efforce de soutenir ici.

Je voudrais ajouter une dernière remarque. Lorsqu'on parle de service ouvert, on pense généralement que les malades pourront en sortir en toute liberté. Pour tous les malades qui n'ont pas leur discernement, le bénéfice alors me paraît assez mince, puisqu'actuellement déjà ils peuvent être placés volontairement et que, dans ces conditions, ils sont rendus à peu près immédiatement aux parents qui les réclament. Pour prendre un exemple parmi des faits que je pratique tous les jours, il en est ainsi des enfants arriérés. Quelle différence existerait-il entre leur placement dans un service ouvert ou leur placement volontaire ? Evidemment aucun, en ce qui concerne leur sortie.

La différence véritable est à l'entrée. C'est l'entrée qui est facilitée. Les battants de la porte du service ouvert s'ouvrent surtout en dedans. En quoi donc son accès est-il plus aisé ? En ceci qu'un certificat médical n'est plus nécessaire. L'avis du seul chef de service suffit, — du seul chef de service ou de son assistant. Probablement les formalités resteront par ailleurs assez analogues à ce qu'elles sont aujourd'hui. Je serais surpris que l'administration ne réclamât pas des pièces d'identité et des conditions de séjour. Mais la formalité médicale est moindre... Soit. Je constate seulement qu'à l'heure actuelle elle est bien peu gênante. Et, somme toute, la véritable innovation est de permettre le placement de malades sur leur seule demande, — car on en revient toujours à ce type spécial de malades. C'est une amélioration de la loi de 1838 que nous sommes en effet, je crois, tous à désirer.

Les membres de la Société trouveront ci-dessous le nouveau texte proposé et le texte voté par la Société médicale des Asiles de la Seine, avec une addition relative à l'impossibilité d'établir la liste des affections dont peuvent être atteints les malades admis dans les services ouverts.

*Texte adopté par la Société
médicale des Asiles de la
Seine.*

Certains psychopathes ne trouvent actuellement ni dans les hôpitaux ni dans les Asiles le traitement qui leur convient (1).

De toutes façons ne doivent être considérés comme « petits mentaux » et admis dans des services ouverts que les malades à qui leurs troubles psychiques laissent un degré de discernement suffisant pour accepter volontairement leur hospitalisation, et dont les troubles psychiques d'autre part n'entraînent ni risques pour eux, ni danger pour les autres.

Si ces conditions venaient à se modifier l'internement pourrait être fait par placement volontaire ou placement d'office demandé par le médecin chef du service.

Nouveau texte proposé

Les services ouverts sont essentiellement réservés aux malades qui, ayant conscience de leurs accidents mentaux, acceptent le traitement que réclame leur état.

Et de toutes façons ne doivent être considérés comme « petits mentaux » que des malades dont les troubles psychiques n'exposent pas à des réactions dangereuses pour les autres ou pour eux-mêmes.

(1) M. Simon propose de compléter ce texte par l'addition suivante qui formerait le paragraphe 2 : Il ne paraît pas possible de fournir une liste des affections dont ces malades peuvent être atteints, car leur choix est moins d'ordre nosologique que sous la dépendance des réactions occasionnées par leurs troubles.

M. ANTREAUME. — Je viens d'entendre avec intérêt la communication de M. Simon. Je suis d'accord avec lui quand il énonce au sujet de certains psychopathes « qu'ils ne trouvent actuellement ni dans les hôpitaux ni dans les asiles de traitement qui leur convienne et qu'il ne paraît pas possible de fournir une liste des affections dont ces malades peuvent être atteints, car leur choix est moins d'ordre nosologique que sous la dépendance de réactions occasionnées par leurs troubles », mais je ne partage plus du tout sa manière de voir quand, dans une énumération positive, il n'admet à bénéficier de la mise en observation ou de la cure dans les services ouverts que les psychopathes ayant conscience de leurs accidents mentaux et acceptant le traitement que réclame leur état. *Ipso facto*, il refuse les avantages d'une cure libre — en service spécialisé — à toute une catégorie de malades que tout le monde est d'accord pour soigner soit dans les familles, soit à l'hôpital, soit dans des établissements médicaux appropriés, en dehors de toutes formalités d'internement. Je veux parler de malades atteints de psychoses aiguës transitoires, d'états confusionnels, de délires fébriles en un mot, comme cela s'observe fréquemment au cours de la grippe, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, etc. ; et en général des maladies infectieuses ; toute cette catégorie de psychopathes occasionnels et le plus souvent à délire transitoire est particulièrement intéressante. Il est inutile de recourir pour traiter la plupart de ces cas à une mesure médico-légale telle que l'internement.

Nous ne devons pas oublier, en effet, que l'internement, la collocation dans un asile d'aliénés, est en fait dans l'organisation sociale actuelle et au regard de l'opinion publique une mesure qui atteint l'ouvrier, le négociant, le père de famille, etc., dans sa réputation d'intégrité mentale, et constitue pour lui un *état civil pathologique*, ce qui a pour résultat certain, sinon immédiat, de lui porter préjudice pour retrouver sa place *intacte* d'avant maladie, à l'usine, dans son commerce, au foyer familial, etc. Méfiez-vous de rejeter hors de l'activité sociale des sujets qui, une fois exorbités, ne

rentrent, (améliorés ou guéris), que difficilement dans le courant des occupations normales parce qu'une atmosphère de défiance s'est établie autour d'eux, surtout à la suite des enquêtes à l'internement, conséquence de la collocation dans une maison de fous.

La définition positive que propose M. Simon n'est pas faite dans l'intérêt bien compris des malades, ce qui est le point de vue principal pour nous autres médecins, car elle ne résoud aucunement la question pendante qui est celle de savoir où il convient d'assister et de traiter le contingent des psychopathes qui répondent au placement volontaire *facultatif* de la loi de 1838 ; malades non dangereux, non protestataires que l'on peut interner ou ne pas interner selon leur situation sociale individuelle, selon des cas d'espèces les plus variées. Je n'en veux pour preuve même que la faculté libérale que laisse le législateur de 1838 à la famille de l'aliéné d'obtenir, même avant la guérison, la sortie du malade, sauf opposition médicale pour transformer le placement volontaire en placement d'office. Pourquoi en pareil cas une famille ne pourrait-elle placer son malade dans un service ouvert, si le médecin de ce service l'accepte ? Et que faire avec la définition de M. Simon des cas si fréquents de psychopathes que le médecin de la ville se refuse à faire interner, que la famille ne veut pas interner, et que les magistrats n'ont pas le droit de faire interner pas plus que la police quand il s'agit de malades mentaux qui ne sont ni dangereux ni protestataires ? Si M. Simon avait l'expérience de la clientèle de ville, du mécanisme des services de cure libre comme il a l'expérience des services des malades soumis à l'internement et du traitement de toutes les formes d'arriération mentale, il modifierait certainement son opinion. J'ajoute que le cas des familles qui ont à assister ou à traiter un idiot ou un arriéré, familles conscientes d'avoir dans leur sein un déchet social qu'elles affectionnent quelquefois, mais dont elles ne sauraient tirer vanité, ne saurait se comparer au cas des familles où surgit au cours d'une maladie infectieuse, d'une grossesse ou d'un accouchement un cas de psychopathie aiguë.

Qu'il s'agisse de services ouverts ou de services fermés, les psychopathes que l'on doit y traiter ne sauraient y être hospitalisés sans une certaine somme simultanée d'avantages et d'inconvénients, la question est de savoir si la somme des avantages est plus grande que celle des inconvénients à traiter des cas d'espèces à déterminer médicalement dans les uns ou dans les autres.

Mais si une définition positive me paraît jusqu'ici inacceptable pour catégoriser les psychopathes à recevoir dans un service ouvert qui à mon sens doit fonctionner, comme je le disais au Congrès d'hygiène mentale, comme service d'observation — service de triage — et de traitement, je crois qu'une définition par exclusion des cas où l'internement est opportun pourrait être examinée et renvoyée utilement à l'examen de la Commission que la Société a nommée lors de la séance de juillet dernier.

Je proposerai volontiers le texte suivant :

1° Le terme de petits mentaux doit être écarté de la nomenclature médicale comme impropre à désigner et à définir la catégorie des psychopathes auxquels il a la prétention de s'adresser.

2° Les services dits ouverts peuvent recevoir les psychopathes qui ne doivent pas être obligatoirement internés sous le régime de la loi en vigueur sur les aliénés ; en sont exclus les malades mentaux dont l'internement *s'impose* : a) par voie de placement d'office ; b) par voie de placement volontaire, en raison de leurs réactions anti-sociales ou de leur refus de recevoir les soins que comporte leur état mental.

M. TOULOUSE. — Je suis étonné que M. Simon ait renouvelé des arguments dont je croyais avoir fait justice. S'il était venu à Ste-Anne, il aurait pu voir à quoi répondait le Service libre que j'y ai créé et dans quel sens ce service devait évoluer sous la pression des nécessités. Il se serait ainsi abstenu de faire des critiques dont il me permettra de dire qu'elles prouvent surtout sa méconnaissance de la question.

Il est singulier que, dans une œuvre nouvelle et complexe comme celle-là, nos collègues aient, avant toute expérience, des opinions toutes faites.

Avant que j'ouvre mon Service, c'était à qui voulait me donner les plus sages avis, sans me ménager les critiques que mon initiative inspirait. Il n'y avait guère que moi à n'avoir pas d'opinion ferme sur ma propre entreprise, car je pensais tout simplement que je devais me laisser guider par les faits. Et cette contradiction ne manquait d'être assez piquante.

J'ai maintenant ouvert mon Service, qui tout de suite a pris une grande extension. J'ai pu ainsi en peu de temps mûrir mes idées et je commence à voir un peu plus clair dans mon œuvre.

Je ne veux pas revenir sur ce que j'ai dit le mois dernier, ni anticiper sur les exposés que je ferai des résultats de cette innovation. Je veux simplement noter ici quelques points qui montreront comment la question se présente en pratique.

On a longuement discuté sur la signification du terme de « petits mentaux ». Je ne sais pas si ce vocable est bien ou mal choisi et je vous avouerai que je m'en soucie peu. Car je vois tous les jours des malades qui n'ont pas attendu de recevoir de nous un nom de baptême pour venir réclamer à Sainte-Anne assistance, soins et conseils. Ceux d'entre nous qui croyaient qu'un Dispensaire d'hygiène mentale ne devait pas attirer dans un asile une clientèle sérieuse pourraient facilement se détromper en voyant fonctionner notre consultation.

Ce qui apparaît, au contraire, c'est le nombre et la variété des affections mentales qui, dans une ville comme Paris, ont un impérieux besoin de direction et de traitement. J'avais évalué, dans une communication avec mon collaborateur Genil-Perrin que, en faisant état d'éléments statistiques étrangers, on pouvait estimer à 100.000 le nombre des psychopathes libres à Paris. Ce chiffre, très approximatif sans doute et qui paraît avoir frappé certaines imaginations, ne semble pas exagéré étant donné le renouvellement continu des malades qui fréquentent ce service.

C'est là une première notion capitale dont il importe de montrer l'intérêt en se plaçant au point de vue économique, comme je le fis en créant la Ligue d'Hygiène

mentale. Du fait de l'existence d'un grand nombre de troubles psychiques, il y a une diminution considérable de la productivité, d'autant plus importante qu'elle porte de préférence dans une corporation, les cerveaux d'élite les plus prédisposés à ces troubles. Si nous parvenons à les remettre en valeur, nous augmenterons leur rendement social, et par là nous aurons rendu un service inappréciable. Je n'insiste pas. Mon expérience se poursuit ; j'apporterai des statistiques ; je puis affirmer que déjà elle a donné d'excellents résultats. Nous avons traité de grands malades qui sont sortis guéris au bout de quelques semaines.

Et quels sont ces malades ? Par leur groupement, ils apportent la meilleure réponse à la discussion *in abstracto* qui s'est déroulée à plusieurs reprises à notre Société. A eux tous ils représentent tous les degrés des affections mentales, depuis la dépression simple, jusqu'aux psychopathies organiques les plus graves, comme la paralysie générale, en passant par ces états constitutionnels que sont les troubles de l'affectivité, les phobies, les obsessions et aussi les troubles du jugement, comme les délires chroniques. Par leur seule venue spontanée dans un même lieu, ils disent éloquentement que les psychopathies forment une chaîne ininterrompue depuis les troubles les plus légers jusqu'aux plus graves. Tous ces malades, comme aussi tous les médecins praticiens qui les envoient, semblent tenir pour résolue une question dont les spécialistes discutent encore.

Ces malades apportent aussi la meilleure réponse à ceux de nos collègues qui voudraient établir des limites très arbitraires pour la catégorie des malades que devrait assister un pareil service. La psychopathie voisine avec l'affection mentale grave. Et il est bien difficile au médecin dans le choix des malades d'appliquer des règles qu'il est plus aisé d'édicter dans une société autour d'une table de commission que dans le cabinet du médecin-consultant.

Un autre fait se dégage de la pratique commencée, c'est qu'un service libre devient, par la force des choses, un quartier d'observation pour le pré-internement.

On a discuté longtemps, dans les conseils un peu académiques d'assistance publique, sur la question d'organiser des quartiers d'observation dont se préoccupèrent successivement les auteurs des divers projets de lois sur le régime des aliénés. Or il a suffi de trois mois seulement de l'existence d'un service libre pour que le quartier d'observation soit créé de toutes pièces et réponde à des besoins qui, dans l'état actuel de la législation, ne trouvaient point satisfaction.

De tous côtés m'arrivent des malades pour être examinés et mis en observation aux fins d'un internement éventuel. Ils sont envoyés par les dispensaires ou les praticiens de la ville et aussi par les médecins des hôpitaux.

Ainsi ce service ouvert, parce qu'il répond à de multiples besoins, est devenu entre autres choses un quartier d'observation pour le pré-internement. Or, je ne pouvais pas, dans mon service, complètement spécialisé pour tous les troubles mentaux et chargé d'une mission de prophylaxie mentale individuelle et collective, faire moins que le médecin d'un service hospitalier quelconque, qui provoque à l'occasion des placements d'office.

Je reviendrai sur ce point une autre fois. Je me contenterai seulement pour aujourd'hui de dire que je reçois des malades qui me sont envoyés par des fonctionnaires de la Préfecture de Police.

Il semble déjà prouvé qu'un organisme strictement médical est plus capable de protéger la société qu'un organisme dont l'appareil de police impressionne défavorablement les individus. En matière d'aliénation mentale comme en matière de syphilis, le règlement tend à écarter les malades. C'est pourquoi j'ai tenu essentiellement à ce qu'ils trouvent dans le service ouvert un bien-être et un réconfort qu'ils n'ont pas ailleurs. On a quelque peu raillé la décoration des murs ; elle n'en contribue pas moins à l'apaisement des anxieux. J'en ai eu récemment une preuve particulièrement frappante à l'occasion de l'entrée d'une jeune fille dont la famille avait le plus vif désir de se débarrasser. Pendant que l'on examinait si les pièces

permettaient l'internement, les parents disparurent. Il était huit heures du soir. On conduisit la malade en pleine agitation au service ouvert et, malgré sa résistance, on la fit entrer. Une fois dans la salle de réunion l'aspect plaisant de la pièce produisit une brusque détente. Le lendemain, l'anxiété revint et nécessita ultérieurement l'internement ; mais l'aspect et le confortable du service n'en avaient pas moins facilité l'entrée et l'observation de la malade. Dans beaucoup d'autres cas, des malades qui appréhendaient un séjour à l'asile, ont pu s'adapter rapidement au service, y être traités et en sortir.

Enfin ce que mon service, jouant le rôle de quartier d'observation, a encore fait cesser c'est le scandale de malades amenés pour être placés à l'asile et qui, faute d'un papier, ne pouvaient être admis. Ainsi des mélancoliques, portant encore au cou le sillon d'une strangulation récente, étaient rejetés hors des services de traitement, et ramenaient ainsi l'épouvante au foyer.

Hier même, j'ai pu recueillir, sans les pièces exigées, une grande mystique hallucinée qu'on avait adressée à notre secrétaire général dans son service de Ste-Anne, et qui, sans mon service, aurait dû reprendre le cours de tribulations nouvelles. J'ai pu la rendre immédiatement à notre collègue après l'opération rapide d'un placement d'office.

Par ce seul aspect de son rôle, un service ouvert est donc pleinement justifié. Et ce rôle même, dont la bienfaisance est éclatante, réduit à néant la limitation qu'on a proposé d'introduire dans le choix des malades à admettre, tout au moins en vue de l'observation. Comment me serait-il possible de remplir cette mission si je ne pouvais accepter que des malades capables de donner leur consentement ?

On a encore proposé de réduire les cas aux individus qui ne présentent pas de réactions dangereuses. Or, ces jours-ci, il m'est arrivé d'admettre et de faire placer un persécuté très redoutable pour son entourage et qui, sans mon service, serait encore en liberté. En tant que quartier d'observation, un service libre doit au contraire — et c'est le bon sens même — recevoir tout d'abord les gens dangereux pour les faire interner.

On voit combien pèsent peu toutes ces considérations théoriques que quelques semaines de pratique réduisent à néant. Sans doute, le problème reste toujours difficile à résoudre légalement d'une manière satisfaisante. Mais, je le répète encore, ne mettons pas la charrue avant les bœufs. Laissons faire l'expérience, et l'expérience nous enseignera comment il faudra régler ces services nouveaux qui doivent, par la force des choses, modifier un jour profondément l'assistance des aliénés.

Je ne vous livre aujourd'hui encore que quelques impressions. Je les compléterai au fur et à mesure que mon expérience m'en dictera de nouvelles.

Le texte proposé par M. Simon est renvoyé à l'étude de la Commission nommée dans la précédente séance (*Ann. Méd.-psych.*, oct. 1922, page 257) et chargée d'étudier la réponse à faire à M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales).

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des séances,
René CHARPENTIER et J. CAPGRAS.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

BIOLOGIE

L'Organisation de la Matière dans ses rapports avec la Vie.

— *Etude d'Anatomie générale et de Morphologie expérimentale sur le tissu conjonctif et le nerf*, par J. NAGEOTTE, professeur au Collège de France, Médecin de la Salpêtrière (1 vol. grand in-8°, 560 pages, 168 fig. Félix Alcan, édit., Paris, 1922).

Ce qui nous gêne dans nos conceptions relatives à la vie, écrit M. Nageotte, c'est que nous vivons nous-mêmes. Nous avons l'illusion que notre « vie psychique » gouverne notre vie physique. Ce qu'il faut, c'est étudier en lui-même l'enchaînement des phénomènes matériels qui ont pour siège le corps des êtres vivants, et suivre cette étude le plus loin possible sans s'embarrasser de préoccupations inutiles, sans se laisser aller à la croyance instinctive que les rouages intimes de la vie peuvent être mus dans leur ensemble, ou chacun d'eux en particulier, par une sorte de personnalité active, forgée à l'image de notre « volonté ». Tel fut le but de l'auteur qui, dans ce volume, expose les importants résultats d'une série d'intéressantes recherches histologiques et expérimentales, et dégage des enseignements nouveaux parmi ceux que la Morphologie microscopique peut fournir sur la vie.

La recherche des principes généraux qui gouvernent l'organisation du tissu, et en particulier du tissu conjonctif, l'étude des parties constitutives de la cellule, la discussion des points de vue relatifs à l'« essence » de la vie, amènent à l'étude de l'organisation d'un tissu complexe, qui est déjà presque un organe, le nerf périphérique. Le point de départ a été l'étude des substances intercellulaires qui nous paraissent vivantes parce qu'elles croissent et s'adaptent constamment aux conditions ambiantes. M. Nageotte a montré que la substance conjonctive, la plus importante de ces intercellulaires, peut se former dans les plaies, aux dépens d'un réseau de fibrine par un processus de métamorphisme. La

trame des tissus n'est donc pas autre chose qu'un coagulum des albumines du milieu intérieur.

Les groupements matériels complexes dans lesquels apparaît la vie, n'obéissent pas à d'autres lois que celles de la physique. Mais ils sont caractérisés par un mode d'agencement des éléments qui repose sur l'état colloïdal et constitue l'organisation de la matière. L'organisation, à l'inverse de la cristallisation, rapproche les espèces chimiques et favorise les réactions : là est le secret de la vie.

Dans une deuxième partie, figurent, à titre documentaire, les beaux travaux de M. Nageotte sur l'anatomie générale de la fibre nerveuse, la régénération du nerf, la genèse des substances conjonctives, les greffes de tissus morts, l'utilisation des greffes mortes dans la pratique chirurgicale et l'investigation biologique. Les résultats chirurgicaux obtenus sont du plus vif intérêt. Ils apportent en même temps que des applications pratiques la confirmation des idées de l'auteur.

René CHARPENTIER.

MÉDECINE GÉNÉRALE

Guérison clinique de la Tuberculose pulmonaire et immunisation, par le D^r JAQUEROD (1 broch., Société Médicale Vaudoise, janvier 1921).

Dans ce travail, basé sur l'évolution clinique de malades revus 16 à 20 ans après le début de l'affection, M. Jaquerod montre la valeur des résultats obtenus par les méthodes classiques de traitement de la tuberculose. Les nouvelles méthodes n'ont pas encore fourni les preuves de leur supériorité et l'auteur insiste sur la nécessité de la rigueur de la cure de repos. La reprise trop hâtive de l'exercice ou du travail sera souvent la cause du passage des lésions à la chronicité définitive. Au contraire de la rééducation professionnelle nécessaire aux malades guéris, la cure de travail paraît illogique. Quant au pneumothorax artificiel, ses résultats éloignés paraissent beaucoup moins brillants que les résultats immédiats.

M. Jaquerod fait remarquer que lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique comme la tuberculose, on ne peut concevoir que l'organisme résiste à la généralisation de l'infection et que la maladie se localise ou s'arrête dans son évolution, sans qu'il se produise un processus d'immunisation, sinon absolue, tout au moins relative. Et chez les malades qui ont perdu complètement leurs bacilles, de même que

chez les anciens cavitaires dont les foyers caséeux tout entiers se sont éliminés, l'immunité est probablement absolue. Résistance devient donc ici synonyme d'immunité. Mais, comme l'immunité vaccinale, cette immunité tend à s'affaiblir, à s'épuiser d'année en année si on ne fait rien pour l'entretenir ou pour la renforcer. L'immunité en matière de tuberculose n'est pas strictement spécifique comme dans les maladies aiguës. La guérison des lésions sera toujours subordonnée au retour préalable de l'organisme à un état normal de nutrition et de résistance. C'est essentiellement vers ce but que doivent tendre aujourd'hui les efforts thérapeutiques.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

La Mécanique du Cerveau et la fonction des lobes frontaux, par le Professeur L. BIANCHI, traduit par MM. André Collin et Sanguinetti. — Préface de M. le Professeur CHARLES RICHEL (1 vol. grand in-8°, 438 pages, Louis Arnette, édit., Paris, 1921).

L'Anatomie et l'Histologie humaines et comparées, la Psychologie comparée, les expériences sur le cerveau des mammifères les plus évolués soutenues par les recherches psychologiques et anatomo-pathologiques, la Pathologie du cerveau humain, y compris la Psychopathologie, sont, sinon les seuls, du moins les vrais champs de connaissances positives, offrant une large moisson de faits pouvant être utilisés par la Psychologie. C'est de ce principe que s'est inspiré M. le Professeur Bianchi.

Les premiers chapitres sont consacrés à l'exposé de l'évolution du système nerveux et aux localisations cérébrales, à l'histoire chronologique et à l'évolution de la doctrine touchant les fonctions des lobes frontaux, à l'évolution, la morphologie et la structure du lobe frontal. L'étude critique d'une méthode de recherche amène ensuite à un chapitre intitulé « Histoires cliniques expérimentales de chiens, de renards et de singes » dans lequel l'auteur donne le résumé de belles expériences avec vérification nécroptique. Il s'en dégage un fait fondamental bien souvent énoncé, mais fait observer M. le Professeur Charles Richet, qui n'avait jamais encore été mis en lumière aussi nettement, c'est que l'ablation totale ou partielle des lobes frontaux entraîne fatalement une diminution de l'intelligence.

M. Bianchi étudie ensuite l'*aire corticale excitable du lobe frontal* et sa signification, et rappelle les expériences qui démontrent l'existence de petits champs moteurs dans le lobe frontal pour les mouvements des yeux, des pupilles, des oreilles. Il établit une comparaison entre le regard des aliénés et le regard du singe qui, mutilé de ses deux lobes frontaux, a perdu la vivacité et la mobilité caractéristiques du regard de ces animaux.

A l'aide de recherches personnelles sur les voies associatives entre le lobe frontal et le champ sensoriel du manteau, il confirme l'existence, chez les singes, de faisceaux établissant des rapports réciproques entre les lobes frontaux et tout le manteau cérébral.

Etudiant l'*intelligence* et le *langage*, il montre la complication du mécanisme intellectuel et linguistique sous l'action du progrès des connaissances, le rôle des lobes frontaux dans la construction, dans l'expression de la pensée et dans la conduite humaine et le parallélisme qui existe entre les imbéciles et les animaux amputés des lobes frontaux. L'évolution de la logique coïncide avec l'évolution du cerveau et du langage. Le phénomène des alogies et des dislogies dans les diverses éventualités pathologiques, fournit la preuve la plus certaine de la base physio-anatomique de la logique et du mécanisme qui préside au développement de la pensée et de la conduite chez l'homme.

Si l'intellect vise à la connaissance de l'univers, les sentiments avec les expériences du moi, dans les rapports climatiques et sociaux, tendent à l'entente des consciences humaines, dans l'aspiration à une vie plus heureuse et dans la lutte contre la douleur. L'*émotion* naît strictement des modifications de l'être organique, sous l'action des stimuli. Le champ anatomique des phénomènes organiques accompagnant les émotions fondamentales (faim, soif, besoin sexuel, besoin de dormir, besoin de se mouvoir, besoin d'éviter les hautes et basses températures) est placé en arrière du lobe frontal. Au contraire des émotions, les *sentiments*, qui représentent un plus haut degré d'évolution des émotions fondamentales et intermédiaires (peur, joie, emportement,...) disparaissent par suite des mutilations des lobes frontaux. Le sentiment de sociabilité se montre, chez les mammifères, en même temps que le développement des lobes frontaux. Il disparaît avec les mutilations frontales tandis que les émotions primitives et intermédiaires subsistent, quelquefois même avec exaltation.

La conscience est un aspect de la vie psychique, auquel impriment leur caractère, soit les connaissances qui se sont greffées sur le tronc cœnesthésique, soit les sentiments qui en dérivent et qui se manifestent par des actions. Le *Moi* est la synthèse de la vie et des connaissances, c'est l'activité unificatrice, qui, sous l'action des éléments extérieurs, se renouvelle continuellement, dans les rapports avec les consciences des êtres formant notre communauté (conscience sociale). La conscience est une manière d'être des processus psychiques, dans un cerveau évolué : son évolution est sans fin et sans limites, elle est très variable et très muable, elle est orientée dans le temps et dans l'espace. Son siège n'est pas représenté par une partie du manteau, mais par le cerveau tout entier, peut-être même par tout l'organisme. Elle progresse avec le développement et la complicité des êtres vivants, et particulièrement avec le développement et la complexité du système nerveux. L'apparition de la conscience supérieure coïncide soit avec l'intégration des complexes psychiques précédemment formés, grâce aux images d'une formation nouvelle, soit avec le conflit qui se produit entre le pouvoir dynamogénétique des sensations et des idées, et le pouvoir d'arrêt exercé par d'autres images-souvenirs. Le développement du *pouvoir inhibiteur* dans le domaine psychique coïncide avec l'apparition des lobes frontaux. Il représente dans le champ psychique ce que la résistance représente dans le champ physiologique. C'est lorsque les lobes frontaux atteignent leur plus grand développement chez l'homme évolué des races qui ont le plus progressé que ces inhibitions prennent les rênes du gouvernement de la vie. Il est de notre devoir d'entraîner notre cerveau ; l'éducation des enfants et des peuples doit s'appliquer à renforcer ce pouvoir d'inhibition. Les méthodes scolastiques doivent se proposer surtout la tâche de créer des consciences solides, ayant une plus large conception de la vie qui est la somme des valeurs humaines associées, coordonnées et coopérantes. C'est de la solution de ce problème que dépend la vie de la nation.

Un aussi bref aperçu ne saurait évoquer suffisamment l'intérêt considérable de l'ouvrage, l'abondance et la variété de sa documentation, la valeur des expériences et le patient labeur qu'elles ont nécessité, la finesse de la critique, l'élévation des idées. Puisse-t-il engager à lire en entier l'excellente traduction que nous ont donnée MM. André Collin et Sanguinetti du remarquable travail du Professeur Bianchi.

René CHARPENTIER.

Etudes Neurologiques, par Georges GUILLAIN (1 vol. in-8°, 470 pages. Masson et C^{ie}, édit., Paris, 1922).

Dans ce gros volume, le savant neurologue qu'est M. Georges Guillain, a réuni la substance des études neurologiques dans lesquelles il a apporté des données nouvelles de séméiologie et de nosographie. Qu'il s'agisse de la fixation des poisons sur le système nerveux, de la pathologie de l'encéphale, de la moelle épinière, des nerfs crâniens et rachidiens, des méninges et du liquide céphalo-rachidien, toutes ces études ont été poursuivies avec la même idée directrice à savoir que la pathologie du névraxe doit être approfondie avec toutes les méthodes de la biologie générale. S'il est incontestable que l'anatomie et la physiologie du système nerveux doivent être à la base de toutes les connaissances neurologiques, la neurologie moderne doit aussi savoir faire appel à toutes les méthodes bactériologiques, physiques et chimiques. Nul plus que M. Guillain n'était qualifié pour rappeler ces principes, après avoir tant fait pour leur application. Ce livre ne contient pas moins de cinquante-six chapitres, tous consacrés à des points différents de pathologie nerveuse. Sont groupés ensemble les faits qui se rapportent à la syphilis du névraxe et au tabes, aux atrophies musculaires, à l'encéphalite-épidémique, aux intoxications (tabagisme, cocaïnisme, hydrargyrisme). Il est impossible dans une courte analyse d'indiquer la substance de tous ces travaux.

Le livre est à lire en entier et représente un appoint personnel considérable à la pathologie du système nerveux.

René CHARPENTIER.

Le Réflexe Pilomoteur, Etude anatomo-clinique sur le système sympathique, par le D^r André THOMAS, médecin de l'Hôpital Saint-Joseph (1 vol., in-8°, 242 pages, 74 fig. et 12 planches. Masson et C^{ie}, édit., Paris, 1921).

Dans ce volume, publié avec le concours du fonds Déjerine et sous les auspices de la Société de Neurologie de Paris, M. André Thomas expose ses remarquables travaux personnels sur le réflexe pilomoteur. Etudier et comparer les réaction pilomotrices, sudorales, vaso-motrices dans les diverses affections du système nerveux, c'est enrichir la séméiologie et la physiologie du système sympathique. Les réactions pilomotrices ont le gros avantage sur les autres réactions de même origine de n'exiger aucune instrumentation spéciale, ni pour être provoquées, ni pour être enre-

gistrées. Tous les lecteurs des *Annales* qui assistèrent au Congrès de Luxembourg (1921) ont présents à l'esprit, les beaux films cinématographiques à l'aide desquels M. André Thomas présenta et illustra ses recherches. Dans cet ouvrage, illustré de figures et planches très didactiques, ils retrouveront, outre des considérations anatomiques et physiologiques sur l'appareil pilomoteur, l'étude du réflexe pilomoteur chez l'homme, dans les *blessures* et les *maladies de la moelle épinière*, dans les *blessures et affections des nerfs*, dans les lésions du *sympathique*, dans les *lésions encéphaliques*, les *états psychopathiques*, les *maladies de la peau* et affections diverses.

Cette étude du réflexe pilomoteur permet de saisir sur le fait le phénomène de la *répercussivité sympathique*. La répercussivité pilomotrice n'est sans doute qu'un exemple d'une loi plus générale qui est la répercussivité sympathique.

Le réflexe pilomoteur dit encéphalique n'est nullement comparable aux réflexes le plus habituellement cherchés en clinique neurologique, c'est-à-dire les réflexes tendineux, périostés, cutanés, pupillaires ; il appartient au groupe des réflexes de la vie organique ou végétative. Il est provoqué à la fois par des *excitations périphériques* et par des *excitations centrales*, parmi lesquelles divers états émotifs occupent la première place. Et l'intérêt est considérable, pour le psychiatre, de ces travaux qui démontrent la grande part qui revient à l'affectivité dans le déclenchement des divers réflexes sympathiques.

René CHARPENTIER.

Questions Neurologiques d'actualité. — *Vingt conférences* faites à la Faculté de Médecine de Paris (1921), par MM. S.-A. K. WILSON, Ch. CHATELIN, H. CLAUDE, G. ROUSSEY, G. GUILLAIN, LHERMITTE, SOUQUES, BABONNEIX, André LÉRI, P. SAINTON, J.-A. SICARD, CROUZON, POULARD, Ch. FOIX, LAIGNEL-LAVASTINE, VURPAS, BOURGUIGNON, BOUTTIER, BÉHAGUE, Pierre MARIE. — *Introduction*, par M. le Professeur Pierre MARIE (1 vol., in-8°, 552 pages, 142 fig. Masson et C^{ie}, édit., Paris, 1922).

Sous forme de conférences, recueillies par M. Crouzon et préfacées par M. le Professeur Pierre Marie, ce livre est la mise au point de vingt questions neurologiques d'actualité. Les auteurs, choisis parmi les meilleurs neurologistes, ont eux-mêmes indiqué le sujet de leur conférence faite à la Faculté de médecine de Paris en juin-juillet 1921. Le suc-

cès de ce cours de neurologie fut grand. Il faut louer la Faculté d'avoir, sur l'initiative de son éminent Doyen, M. le Professeur Roger, et sous la direction de M. le professeur Pierre Marie, accueilli libéralement dans son Grand Amphithéâtre des auteurs qui ne lui appartiennent pas tous.

Le Dr S.-A. Kinnier-Wilson, vint de Londres exposer, dans la première de ces conférences, quelques questions de pathogénie, de diagnostic et de physiologie pathologique à propos de la *dégénérescence lenticulaire progressive*. Il faut citer ensuite les conférences de MM. Ch. Chatelin sur les *tumeurs cérébrales*; H. Claude, sur l'*hypertension intracrânienne et les méningites séreuses*; G. Roussy, sur les *troubles sensitifs d'origine cérébrale*; Georges Guillain, sur les *lésions traumatiques de la moelle épinière*; G. Lhermitte, sur l'*Encéphalite léthargique*; A. Souques, sur les lésions et les causes de la *paralysie agitante*, ses rapports avec le *syndrome parkinsonien post-encéphalo-léthargique*; L. Babonneix, sur les *Encéphalopathies infantiles*; André Léri, sur les *atrophies musculaires syphilitiques*; Paul Sainton, sur le *goître exophtalmique*; J.-A. Sicard, sur les *algies et leur traitement*; O. Crouzon, sur les *maladies familiales atypiques du système nerveux*; Poulard, sur les *modifications de la pupille*; Ch. Foix, sur l'*automatisme médullaire*; Laignel-Lavastine, sur les *psychoses thyroïdiennes*; Claude Vurpas, sur les *petits syndromes mentaux, l'état mental des obsédés*; Bourguignon, sur la *chronaxie*; P. Béhague, sur les *caractéristiques et le traitement de l'épilepsie traumatique*; Henri Bouttier, sur l'*état de mal épileptique*. M. le Professeur Pierre Marie consacra la dernière conférence à la démonstration de la fragilité de la doctrine des *centres innés du langage*.

Il faut encore remercier M. Crouzon d'avoir réuni et publié en un beau volume ces chapitres les plus récents de la Neurologie et montré ainsi la grande place que tient actuellement la Neurologie française.

René CHARPENTIER.

Les Tumeurs du Cerveau, par le Professeur VIGGO CHRISTIANSEN, médecin de l'hôpital Royal du Danemark, avec une *Préface* du Professeur Pierre MARIE. (1 vol., in-8°, pages. Masson et C^{ie}, édit., Paris, 1921).

Le volume consacré par M. le Professeur Viggo Christensen à la difficile question des tumeurs cérébrales est à lire

en entier, et nous devons remercier MM. Polack et Henri Bouttier d'avoir assuré la publication de sa traduction française. Comme l'écrit M. le Professeur Pierre Marie, en présentant au lecteur les douze leçons que renferme ce livre, l'auteur s'y retrouve tout entier avec son esprit clair, son enthousiasme pour la science, sa spontanéité et la *vis poetica* qui est une des caractéristiques de sa personnalité et de son talent.

Ces leçons sont un modèle d'exposé clinique, de clarté, de logique des déductions. Le souci de la valeur relative des symptômes observés amène à isoler l'élément essentiel du tableau clinique, qui, dégagé des troubles accessoires, souvent décevants, devra seul déterminer les indications ultérieures. M. le Professeur Viggo Christiansen étudie successivement, en présentant des malades avec un art tel que le lecteur peut se les représenter facilement, les tumeurs de la région motrice (monoplégie faciale, brachiale, crurale; symptômes de déficit de la sensibilité; phénomènes d'irritation motrice), les tumeurs des lobes occipitaux, des tumeurs de la base du cerveau (migraine ophtalmoplégique, myasthénie grave pseudo-paralytique), les tumeurs de la base du crâne (méningite basilaire syphilitique), les tumeurs de l'hypophyse, les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, les tumeurs cérébelleuses et intraprotubérantielles.

Lorsque c'est possible, l'histoire du malade est complétée après la leçon, par les constatations anatomiques et les résultats de l'intervention opératoire.

La onzième leçon est consacrée à l'étude d'un cas de diagnostic incertain, magistralement exposé. « Le diagnostic incertain, écrit le Professeur Viggo Christiansen, avec toutes les contrariétés et les ennuis qui l'accompagnent, malgré qu'il nous rappelle inexorablement nos limites, et nous empêche, en obsédant notre mémoire, de goûter pleinement la joie de nos autres triomphes en matière de diagnostic, a cependant pour le clinicien une grande valeur éducative. C'est son remords qui le tient toujours éveillé. C'est un aiguillon qui le presse constamment de chercher à franchir les limites qui bornent ses efforts. »

La douzième leçon traite du *traitement chirurgical* des tumeurs cérébrales et comporte à sa suite deux tableaux synoptiques formant de remarquables résumés d'observations de 21 tumeurs opérées dans les hémisphères cérébraux et de 18 tumeurs opérées dans la fosse postérieure du crâne, avec indication des résultats opératoires et des vérifications nécropsiques quand il y a lieu.

Citons, pour terminer, cette phrase de l'auteur, excellent conseil de méthode neurologique, qui ne s'applique pas seulement aux tumeurs du cerveau : « On ne sera jamais assez minutieux dans l'examen objectif du malade, mais il faudra se garder d'être trop subtil dans les conclusions qu'on tire des découvertes objectives. »

René CHARPENTIER.

Charles Bell, par M. le Professeur VIGGO CHRISTIANSEN, de Copenhague, trad. par le *D^r Ménier* (de Decazeville). 1 broch., in-8°, 80 pages, Masson et C^{ie}, édit., Paris 1922.

Dans cette monographie, extrêmement vivante, après avoir situé l'état des connaissances sur la physiologie et la pathologie du système nerveux à la fin du XVIII^e siècle, M. Viggo Christiansen, montre que Charles Bell et Magendie découvrirent à peu près en même temps la loi fondamentale qui régit notre système nerveux et qui forme la base de la science et de la clinique neurologiques modernes.

Il démontre par des exemples que la faculté d'observation clinique de Bell fut si pénétrante que, dans la description des symptômes de ses malades il a anticipé l'édification, réservée à une période ultérieure, de divers types pathologiques. Son talent artistique se révèle non seulement par le fait qu'il fut le premier anatomiste qui ait fait des cours à l'usage des artistes, mais par la réunion dans son appartement d'un véritable musée anatomo-clinique, en majorité formé de ses œuvres, soit en couleur, soit au crayon noir, soit modelées avec une cire trouvée par lui et qui conservait les couleurs d'une façon étonnante. Il fut un frappant exemple de l'étroite parenté qui unit l'art à la médecine.

Ecrit dans une langue imagée, ce discours, prononcé à la Société de Médecine de Copenhague, le 11 mars 1921, expose l'œuvre de Charles Bell. Comme le fait observer M. Viggo Christiansen, les faits que Charles Bell fut le premier à révéler sont tellement évidents pour nous qu'il est difficile de comprendre qu'ils n'aient point été reconnus dès l'aurore des siècles. Et il paraît quelque peu étrange de penser que la clinique médicale, telle que nous la connaissons et la cultivons, n'a pas cent ans de date.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Le retard simple généralisé ou électif des fonctions nerveuses et mentales de l'enfant, par le Dr Charles GRIMBERT (Th., 144 pages, Amédée Legrand, édit., Paris, 1922).

Travail très intéressant qui continue les beaux travaux de l'Ecole française sur la psychopathologie infantile et, en particulier, les études de MM. Binet et Simon et de M. André Collin. M. Grimberty étudie ici les retards qui ne troublent pas la croissance dans son ensemble et qui sont une anomalie dans le temps plutôt qu'un désordre profond et durable du système nerveux. Il distingue l'arriération psychique, sans guérison possible, du retard simple dont la tendance est de disparaître, plus ou moins facilement mais à peu près sûrement avec les années.

Basé sur l'observation d'une centaine de cas, ce travail montre qu'il existe un retard simple des fonctions nerveuses et psychiques, sans anomalies physiques notables, sans lésions organiques apparentes du système nerveux ou du système endocrinien, sans indigence intellectuelle ou morale définitive, retard qui peut être léger, ne porter que sur une fonction : la marche, le langage, etc. Le diagnostic positif et différentiel de ces états est longuement indiqué. Des tests servent de points de repère. Le pronostic est favorable, l'enfant rattrapant plus ou moins vite, sous l'influence du traitement, ses camarades normaux. Chez 60 0/0 environ des enfants retardés, le retard disparaît sans laisser derrière lui de traces saisissables, d'où l'importance du diagnostic. Dans certains cas, cependant, il peut subsister quelques anomalies d'insuffisance psychique, d'instabilité, d'apathie, d'indifférence, et une tendance aux troubles hystériques.

Le traitement, médico-sociologique, vise l'alimentation, les exercices physiques, une éducation spéciale. La thérapeutique hydrargyrique a donné à M. Grimberty des résultats encourageants, en dehors même de toute notion de syphilis chez les ascendants, quelle que soit l'origine du retard simple. Il est inutile d'insister sur l'intérêt de cette conception clinique et thérapeutique.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

UNIVERSITÉ DE PARIS

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

Conseil Directeur : MM. F. Brunot, H. Delacroix, G. Dumas, P. Janet, G. Lanson, M. Molliard, H. Piéron et Et. Rabaud. — *Secrétaire* : M. I. Meyerson.

Année scolaire 1922-1923 :

PSYCHOLOGIE GÉNÉRALE. — M. DELACROIX, *Langage et pensée*. — *Direction de travaux et de recherches*. — *Exercices pratiques*. — *Leçons d'étudiants*.

PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE ET EXPÉRIMENTALE. — M. DUMAS, *Les Suppléances sensorielles*. — *Conférences et exercices pratiques*. — M. MEYERSON, *Exercices pratiques*.

PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE. — M. JANET, *L'Evolution de la mémoire et de la notion de temps*.

PSYCHOLOGIE PHYSIOLOGIQUE. — M. PIÉRON, *Les fonctions perceptives*. — *Travaux pratiques* (Perceptions, motricité, émotions, efficacité mentale).

PSYCHOLOGIE ZOOLOGIQUE. — M. RABAUD, *Le système nerveux* (avec les organes des sens) *et le comportement animal*. — *Démonstrations et Exercices pratiques*.

M. PILLSBURY, professeur à l'Université de Michigan (Etats-Unis), fera une série de conférences au 2^e semestre. Les sujets et les dates de ces conférences seront indiqués ultérieurement.

SECTION DE PÉDAGOGIE. — M. FAUCONNET, *Science de l'éducation et sociologie*. — M. WALLON, *Psychologie appliquée à l'Education*. La vie affective et l'imagination chez l'enfant. — *Travaux pratiques*. — M. SIMON, *Pédagogie expérimentale*. Etapes, théorie et technique de quelques enseignements. — *Travaux pratiques*.

SECTION DE PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE. (Applications au travail et à l'industrie. Sélection et orientation professionnelles). — M. PIÉRON, *Conférences techniques et direction de travaux d'élèves*. La mesure en psychologie (Psychométrie et psychographie). Les méthodes de tests. Le calcul des corrélations, etc.). — M. LAHY, *Travaux pratiques*. Techniques de psychophysiologie appliquées à la détermination

des aptitudes. Etude graphique et cinématographique des gestes professionnels. Les signes de la fatigue.

L'Institut de Psychologie décernera le titre d'*élève diplômé* (de psychologie, de pédagogie ou de psychologie appliquée) aux étudiants justifiant d'une scolarité de deux semestres, ayant suivi avec assiduité les enseignements de la section correspondante et ayant satisfait aux examens de fin de semestre.

Des recherches en vue des Diplômes d'Etudes Supérieures et des Doctorats pourront être poursuivies dans les laboratoires de l'Institut.

Pour être admis aux cours et conférences, les étudiants devront être immatriculés à l'une des Facultés de l'Université de Paris et inscrits sur les registres de l'Institut. Pour être admis aux Travaux Pratiques, ils devront verser un droit semestriel de 60 fr.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat, Sorbonne, Salle R, escalier A, 2^e étage.

DISPENSARE DE PROPHYLAXIE MENTALE

1, Rue Cabanis, Paris (14^e)

D^r TOULOUSE, Médecin en chef

Le Dispensaire de Prophylaxie mentale, 1, rue Cabanis, 14^e (métro : Glacière) a repris ses consultations spécialisées.

La consultation pour épileptiques du D^r Marchand, médecin en chef de la Maison Nationale de Saint-Maurice, a lieu le vendredi à 14 heures.

La consultation du D^r Rogues de Fursac (psychopathies organiques) a lieu le mardi à 14 heures.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Année 1923

PRIX ESQUIROL. — 200 francs et les œuvres de Baillarger. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un sujet de pathologie mentale.

Les mémoires manuscrits, devront être déposés le 31 décembre 1922 au siège de la Société, 12, rue de Seine, ou chez le D^r Henri COLIN, secrétaire général de la Société, 26, rue Vauquelin, Paris, V^e.

PRIX CHRISTIAN. — 300 francs. — Attribué par le Bureau de la Société à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province momentanément gêné soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (voir *Annales*, janvier 1921, p. 86).

NÉCROLOGIE

LE D^r PIERRE CONSO

Le D^r Pierre Conso, ancien interne des Asiles de la Seine, membre de la Société Médico-psychologique, médecin-directeur de la Villa Montsouris (rue de la Glacière), vient de mourir à l'âge de 52 ans, à la suite d'une infection accidentelle qui avait déterminé l'éclosion d'une longue et pénible maladie.

Nous avons été douloureusement affectés par la disparition de ce galant homme chez lequel les qualités du cœur s'alliaient à une énergie peu commune et en même temps à une égalité de caractère, à une affabilité infiniment précieuses.

Ses maîtres, ses collègues et ses amis conserveront de lui le plus doux des souvenirs.

Nous prions Mme Conso et ses trois fils de vouloir bien trouver ici l'hommage ému de notre plus vive sympathie.

H. C.

JULIO DE MATTOS (1856-1922)

Le professeur Julio de Mattos, né à Porto le 26 janvier 1856, est mort le 12 avril à Lisbonne d'une tuberculose pulmonaire.

Il a fait toutes ses études à Porto, où il a soutenu sa thèse inaugurale sur les hallucinations en 1880.

Voici comment sa carrière s'est déroulée :

Médecin-adjoint de l'hôpital du Conde de Ferreira en 1883, il en est devenu le médecin-directeur en 1892 ; médecin aliéniste de la circonscription médico-légale de Porto en 1899, chargé d'un cours clinique des maladies mentales et nerveuses en 1909, professeur de Psychiatrie de la Faculté de Médecine de Porto en 1911. Puis, sur sa demande, à cause de quelques ennuis, il fut transféré, la même année, à la Faculté de Médecine de Lisbonne et nommé médecin-directeur du manicomio Bombarda.

Outre sa thèse inaugurale sur les Hallucinations (1880), il a enrichi la littérature médicale portugaise de nombreux et intéressants travaux qui sont tous marqués au coin d'un grand savoir, d'une remarquable érudition et de la plus probe investigation clinique, et qui portent invariablement la marque personnelle de son esprit d'indépendance et de progrès, toujours en voie d'évolution comme la spécialité médicale qu'il avait choisie.

Je vais énumérer quelques-uns de ses travaux de psychiatrie.

Manuel des maladies mentales, 1884.

La folie (Etudes cliniques et médico-légales), 1889.

Ce livre a une traduction italienne faite et préfacée par Lombroso.

Hallucinations et illusions (Etude médico-psychologique), 1889.

Etat mental des neurasthéniques, 1897.

La Paranoïa (Essai sur les délires systématisés), 1898.

Les maladies infectieuses dans l'étiologie de l'aliénation mentale, 1898.

Les Aliénés devant les tribunaux (3 volumes), 1902, 1903 et 1907.

L'assistance des aliénés criminels au point de vue législatif (Communication au XIV^e Congrès International de Médecine), 1903.

Contribution à l'étude de l'amnésie visuelle (Communication au XV^e Congrès International de Médecine), 1906.

Eléments de Psychiatrie, 1911, etc.

Il a publié encore, entre autres travaux sans rapport avec la psychiatrie, une *Histoire Naturelle Illustrée*, en 6 volumes, qui a eu un grand succès de librairie (1880-1882).

Attiré dès sa jeunesse vers la psychologie et la philosophie, encore étudiant, il rédigeait avec Th. Braga une revue de philosophie — *Le Positivisme* — qui a été très goûtée chez nous. Lorsqu'il fut nommé médecin adjoint de l'hôpital du Conde de Ferreira, il avait donc une préparation exceptionnelle pour aborder avec succès l'étude de la Psychiatrie et, par un travail opiniâtre, il acquit bientôt une situation de premier ordre dans cette branche de la médecine, comme clinicien et comme expert.

Grâce à la connaissance approfondie de la pathologie et de la clinique mentales, il était l'expert le plus écouté des tribunaux. Aussi trouve-t-on son nom dans presque toutes les expertises psychiatriques depuis un bon quart de siècle. On faisait appel à ses lumières et il prenait plaisir à éclairer la justice dans les cas difficiles, douteux ou obscurs.

Dans ses nombreux rapports médico-légaux, il a abordé les questions les plus délicates et les plus controversées, telles que les folies transitoires, la rémission dans la paralysie générale, l'état de la mémoire dans les crimes des épileptiques, la folie morale, etc.

Il s'intéressait aussi à l'assistance des aliénés et le

nouveau manicomie de Lisbonne, encore en construction, est dû à son initiative et à sa ténacité inlassable.

Une des qualités de Julio de Mattos, et qui a été pour beaucoup dans sa juste renommée, était la clarté et l'élégance de son langage.

C'était un écrivain distingué et un professeur éloquent.

C'était aussi un adversaire redoutable. Dans la discussion, il donnait la mesure de sa belle intelligence, d'une rare perspicacité et de son grand savoir, de sorte qu'il n'était pas aisé de lui tenir tête. J'en appelle au souvenir des médecins français qui, au congrès de Lisbonne (1906), ont pu assister à une discussion assez vive, quoique très courtoise, sur la *paranoïa*, que Mattos a soutenue avec le regretté professeur Dupré, qui dans son rapport défendait la conception de Kræpelin.

Il appartenait à l'Académie des Sciences de Lisbonne et était, ce qui le flattait beaucoup, membre associé étranger de la Société Médico-psychologique de Paris et de la Société Clinique de Médecine mentale.

Malgré son âge, il travaillait toujours avec une grande activité. C'est à son poste de médecin-directeur du manicomio Bombarda et de professeur de la Faculté de Médecine de Lisbonne que la mort est venue le prendre, faisant un grand vide et plongeant dans le deuil la petite famille psychiatrique portugaise.

Magalhaes LEMOS.

AUGUSTE VIGOUROUX

Nous reproduisons ici le beau discours prononcé par le Dr Témoin, de Bourges, sur notre cher et regretté collègue et ami le Dr Auguste Vigouroux (1) :

C'est à Dun-le-Roi que naquit Auguste Vigouroux, le 2 février 1866, et nul plus que lui n'a mérité que, dans notre pieuse et charmante coutume, qui nous réunit chaque année pour parler de nos camarades disparus, nous évoquions son souvenir.

Tous ceux qui l'ont connu ont devant les yeux cet homme d'allure si modeste, cette tête pensive et ce regard profond, qui semblait toujours absorbé par quelque méditation. C'est que, dès son enfance, Auguste Vigouroux avait appris à voir et à penser. C'est qu'il était né dans cette vieille et

(1) Extrait du *Bulletin* de la Société des anciens élèves du lycée de Bourges.

intéressante petite ville de Dun, dont les logis anciens, les tours qui restent de son enceinte et de la forteresse de Philippe-Auguste, sa porte de ville et sa loge du guetteur, évoquent en notre souvenir l'histoire des temps passés depuis l'aurore de la féodalité, les noms des Thibault de Sancerre ou d'Arnould le Tortu, ceux aussi d'Agnès Sorel, de Charles VII, par ce dernier, celui de Jeanne d'Arc et, par elle, la vision de la France envahie, presque perdue, se redressant sous une impulsion magique et chassant le barbare, qui alors était l'Anglais. Et comme l'écrivait mon ami, le professeur J.-L. Faure, toute cette histoire des temps passés, « lorsqu'elle nous est révélée dans notre jeunesse, façonne notre pensée et prépare la culture de notre esprit ».

Cette révélation, il l'avait reçue de son père, le docteur Vigouroux, qui, venu d'Auvergne, s'était installé à Dun, où il exerça pendant plus de quarante ans. C'était un homme de haute stature, soigné dans sa tenue, distingué, à la parole franche et brève, aux yeux vifs, regardant droit devant lui. Son abord était froid ; mais son amitié, lorsqu'il l'avait donnée, était inébranlable, et son dévouement à ses malades était sans bornes. Il fut un des derniers, peut-être le dernier représentant, dans notre département, de ces médecins de campagne qui considéraient l'exercice de leur profession comme un sacerdoce, n'y récoltant guère que la satisfaction de leur conscience, mais qui inspiraient le respect. Pendant plus de vingt ans je l'ai connu, pendant plus de vingt ans il m'a honoré de sa confiance et de son amitié ; il me plaît aujourd'hui de rappeler sa mémoire, en témoignage de ma gratitude. J'avais grand plaisir à me rencontrer avec lui ; sa conversation était toujours intéressante. Comme beaucoup de médecins de sa génération, il avait une culture littéraire étendue ; il connaissait ses classiques, comme on ne les connaît plus guère aujourd'hui ; il lisait ; les revues le tenaient au courant de la littérature moderne, et cette culture générale, en le mettant très au-dessus de ses clients, lui assurait leurs égards et leur confiance. Je le vois encore, droit jusqu'à ses derniers jours, conservant cette physionomie distinguée qu'encadrait une barbe blanche taillée en pointe et qu'illuminait son regard perçant. Je revois son cabinet rempli de livres épars, de débris d'antiquités pendus aux murs, où les vieilles armes se mêlaient aux vieilles poteries et aux faïences, épaves sous toutes les formes de notre histoire locale, dont il se plaisait à parler. Et dans ce cabinet, ce beau vieillard, une petite pèlerine sur les épaules, son Rabelais ouvert à ses

côtés, rappelait un de ces beaux portaits que nous ont laissés les peintres de la Renaissance italienne.

Notre camarade avait comme oncle le docteur Vigouroux, très connu du monde médical et scientifique, qui, un des premiers, comprit les services que l'électricité peut rendre à la médecine, et qui fut longtemps attaché à l'hôpital de la Salpêtrière, au moment où Charcot y faisait ses leçons magistrales. Par sa mère, Auguste Vigouroux était apparenté aux vicilles familles de la région ; sa sœur épousa un médecin très distingué ; son frère devint officier de cavalerie. C'est dans ce milieu bourgeois et cultivé, où quoi qu'on puisse dire se développent les plus hautes vertus et se forment les plus beaux caractères, qu'il fut élevé, qu'il vécut son enfance, c'est là que se forma son intelligence, que son esprit s'ouvrit à la culture générale, et, lorsque, le moment venu de choisir une carrière, il voulut être médecin, on pouvait être certain qu'il serait un grand médecin.

Après de bonnes études au Lycée de Bourges, il fit sa médecine à Paris. A l'âge de vingt-trois ans, en 1889, il était nommé au concours Interne des asiles de la Seine. Deux ans après un nouveau concours lui assurait le titre de médecin-adjoint de l'asile d'Evreux, qu'il quittait après quelques années pour venir à Dun, comme médecin-chef de la colonie familiale que l'on venait de créer. Il eut alors le bonheur de travailler près de son père, dans sa vieille ville qu'il aimait tant. Nommé plus tard Médecin-chef à l'asile de Vaucluse, il y resta jusqu'à sa mort.

Partout où il passa, à tous ceux qui l'approchèrent, à tous ceux qui le virent à l'œuvre, il laissa la même impression ; celle d'un travailleur infatigable, d'un homme de devoir, chez qui les vertus de l'homme ne le cèdent en rien aux qualités du savant. La douceur de son caractère, sa probité scientifique, sa bienveillance pour les élèves qu'il avait à diriger, sa bonté pour les malades, sa modestie et aussi la valeur de ses travaux, la sûreté de son jugement lui assuraient l'estime, la sympathie de tous et, lorsque la mort vint le surprendre, ce fut une consternation pour ses élèves, pour ses collègues, pour le personnel de l'hôpital de Vaucluse. Ce fut, pour ses amis, un véritable deuil, ce fut aussi pour la psychiatrie française une perte irréparable.

A toutes les étapes de sa carrière, ses travaux scientifiques furent nombreux, si nombreux qu'il me serait impossible dans cette courte notice d'en faire l'énumération. Mais pour montrer quel fut son labeur, quelle était l'étendue de ses connaissances, je n'en citerai que quelques-uns.

Après de fréquentes communications à la Société anatomique, qui le faisaient remarquer par leur exactitude d'observation et la rigueur de l'interprétation, il publiait, en collaboration avec le Dr Juquelier, son ancien interne, professeur de médecine légale à l'Ecole de droit, une monographie sur la contagion mentale, puis il faisait paraître : *Contribution à l'étude de la Démence précoce ; Spiritisme et Folie ; l'Assistance aux Délires moraux ; la Responsabilité pénale et la théorie du Positivisme*. Ancien élève du docteur Paul Dubuisson, dont il était devenu l'ami et le collaborateur. Il réunit, à la mort de son maître, tous les documents qu'il avait accumulés pendant sa longue carrière de médecin légiste, et publia un volume important : *Responsabilité pénale et Folie*, étude médico-légale. Ce livre marque un progrès considérable dans l'interprétation de la responsabilité des aliénés ; destiné aux médecins légistes et aux magistrats ; il leur servira souvent de guide et contribuera à mettre fin aux discussions qui, depuis si longtemps séparent, sur ce sujet, le corps médical et celui de la magistrature.

Le 16 avril 1913, il avait perdu son père, qui mourait après une courte maladie, à l'âge de quatre-vingts ans ; il en avait ressenti une douleur profonde. En souvenir de notre vieille amitié, il m'avait donné son Rabelais, qui était son livre de chevet, et, en le parcourant moi-même, j'y trouvai soulignées au chapitre VIII, les lignes suivantes, de la lettre que Pantagruel reçoit de son père Gargantua : « Non doncques sans juste et équitable cause je rends grâce à Dieu, mon conservateur, de ce qu'il m'a donné pouvoir voir mon antiquité charme resfleuir en ta jeunesse, car quand par le plaisir de luy, qui tout régit et modère, mon âme laissera cette habitation humaine, je ne me réputeray totalement mourir, attendu que en toy et par toy je demeure en mon image visible en ce monde, vivant, voyant et conversant avec gens d'honneur et mes amis comme je voulais. Laquelle myenne conversation ha été moyennant l'aide et grâces divines non sans péché, je le confesse (car nous péchons tous), mais sans reproche. »

Son vieux père mourait, confiant dans son fils, et son fils, toujours inlassable, continuait ses travaux. En 1914, il était nommé président de la Société médico-psychologique, président de la Société Clinique de Médecine mentale, vice-président de la Société Anatomique, et, en cette même année, il pensait publier, après avoir approfondi la lecture de tous les drames de Shakespeare, une étude ori-

ginale : *La Pathologie mentale dans les drames de Shakespeare* (1), quand, tout à coup, un événement terrible, la guerre, s'abattait sur le monde. Sans penser que ce drame ébranlerait l'univers tout entier, que, par la folie de quelques grands criminels (qui ne paieront sans doute pas de leur vie, comme il convenait, tout le sang qui fut répandu) plus de vingt millions d'hommes devaient périr, Vigouroux comprit, comme tous les vrais Français, l'étendue du cataclysme et la nécessité pour tous les gens de cœur d'apporter tout ce qu'ils avaient de forces au service de la patrie en danger.

Bien que dégagé de toute obligation militaire, bien que d'une santé délicate, il accourut aussitôt se mettre à la disposition du service de santé, qui, dans le désarroi du début, ne trouvait pas de place pour lui. Par son insistance, il finit par être embrigadé comme médecin aide-major et bientôt il fut de cette remarquable escouade qui comprenait avec lui les docteurs Claude et Lhermitte et qui rendit, pendant la guerre, de si éminents services. Grâce à eux, un hôpital fut organisé à Bourges, où tous les débiles au point de vue mental, tous les névrosés, tous ceux dont les blessures avaient atteint le système nerveux furent examinés et soignés, où furent dépistés tous les simulateurs de plus en plus nombreux en raison de la durée de la guerre. Grâce à eux, un nombre considérable de malades et de blessés furent guéris, un nombre non moins grand de déprimés furent rendus aux armées après avoir repris l'équilibre sous leur judicieuse direction. Grâce à eux, enfin, des affections presque inconnues furent classées, des documents précieux pour les recherches futures furent accumulés. Leur travail fut énorme. Vigouroux se dépensa plus qu'il n'aurait dû le faire ; sa santé s'altéra et, quand la grippe fit son apparition, il fut terrassé. Il se remit pourtant ; mais, sans vouloir prendre un congé nécessaire, il reprit ses travaux. Après quelques mois, une seconde atteinte le couchait à nouveau et il nous donna les plus vives inquiétudes. Il put encore triompher ; mais sentant cette fois qu'il ne pouvait plus être le collaborateur actif du début et cédant à nos sollicitations, il se faisait rayer des cadres de l'armée à la fin de l'année 1917. Ce n'était cependant pas encore pour se reposer complètement. Voulant jusqu'au bout se rendre utile, il reprit ses fonctions de médecin-chef de l'asile de Vaucluse. Pendant un an, il semblait aller mieux,

(1) Cette étude parut en octobre 1918.

mais, au commencement de décembre 1918, l'affection dont il souffrait depuis longtemps, le forçait à demander le secours d'un chirurgien. Après une grave opération, après quelques jours de cruelles souffrances, il succombait à Paris, le 11 décembre 1918.

Il avait eu la joie de connaître, après quatre années de lutte, la marche foudroyante de nos armées, de connaître la victoire de la France, qui reprenait l'Alsace et la Lorraine, et il pouvait se dire avec fierté que, s'il n'était pas tombé sur un champ de bataille, il était lui aussi une victime de la guerre. Il avait eu aussi hélas ! la douleur de quitter ceux qu'il aimait, sa compagne admirable, qui sut, jusqu'au dernier moment, l'entourer de son affection et ranimer son espoir alors que tout espoir était perdu.

A Paris, de nombreux discours furent prononcés sur son cercueil et tous ceux qui vinrent dire à notre camarade des paroles d'adieu, proclamèrent à la fois la valeur du savant et les qualités morales de l'homme. Ce fut, a dit le docteur Colin, un noble caractère, un honnête homme, dans le sens latin du mot.

Puis, par une journée pluvieuse et froide de décembre, nous l'avons conduit à l'église Saint-Etienne, que tous les deux avions souvent admirée « rougeoyant » sous les soleils d'été, au petit cimetière de Dun-sur-Auron, où la tristesse du jour s'ajoutait à la tristesse de nos cœurs angoissés devant la tombe où notre ami venait dormir son dernier sommeil. Mais les lignes prophétiques que son père avait soulignées au chapitre VIII de Rabelais s'étaient accomplies ; il avait été l'image de son père et, comme lui, il était mort, peut-être sans péché, à coup sûr sans reproche.

Au nom de l'Association des anciens élèves, je prie sa veuve et tous les siens, d'agréer l'expression de notre douloureuse sympathie et de nos bien sincères regrets.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

L'état actuel de la Maison de Charenton

Les récentes discussions qui viennent d'avoir lieu à la Chambre des députés à propos de l'article 15 du Budget du Ministère de l'hygiène laissent prévoir que la Maison Nationale de Charenton, malgré la loi de Finances de juillet 1920 qui la transforme en Maison Maternelle Nationale, n'est pas encore près de disparaître. Son nom a été prononcé à plusieurs reprises et les applaudissements ont salué les paroles que vient de prononcer M. Paul Strauss, Ministre de l'hygiène : « Je ferai de mon mieux pour maintenir l'équilibre entre les deux compartiments étanches, entre les deux sections séparées de la Maison de Saint-Maurice : l'une, celle à laquelle M. le Professeur Pinard a voué tout ce qu'il a de dévouement et de compétence, pour qu'elle continue à rendre les plus grands services ;



l'autre, celle qui est destinée aux malades atteints d'affections mentales, pour que la grande Maison de Charenton, célèbre dans le monde entier, conserve son prestige. »

Depuis deux ans, la Maison Nationale de St-Maurice-Charenton, devenue *la Section des aliénés de la Maison Maternelle Nationale* (!), a vécu péniblement et c'est un fait difficile à expliquer qu'elle ait pu résister aux nombreux coups qui ont été dirigés contre elle. Depuis deux ans, il n'y a plus de Commission de surveillance pour les aliénés, et cela contrairement aux prescriptions de la loi de 1838. La Commission consultative actuelle, présidée par M. le Professeur Pinard, ne s'occupe que de la Maison Maternelle.

Le 20 juin 1920, par conséquent avant que la loi de Finances ait autorisé la transformation de l'Etablissement, le Directeur de la Maison Nationale de Santé recevait de M. Breton, Ministre de l'Hygiène, l'ordre d'envoyer aux familles des pensionnaires une circulaire les invitant à retirer leurs malades avant le 31 juillet 1920 et à les transférer dans d'autres asiles d'aliénés. Les familles aisées placèrent immédiatement leurs malades dans d'autres maisons de santé ; il ne resta plus à la Maison Nationale de Charenton que les boursiers de l'Etat et les pensionnaires payant le prix de pension le moins élevé. En effet, pour ces derniers, il était difficile de trouver dans les environs de Paris une maison de santé dont le prix de pension était aussi modéré que la dernière classe de Charenton. A cette mise en demeure ministérielle succéda une vive réaction de la part des médecins aliénistes et des familles des pensionnaires ; ces dernières se groupèrent en

un Comité de défense de leurs intérêts qui trouva auprès de nombreux parlementaires et dans la Presse de puissants appuis. L'évacuation des aliénés qui avait été décidée fut ajournée et il fut admis qu'on laisserait la Maison de Santé se vider par extinction. L'établissement avait perdu les malades de la classe aisée qui alimentaient le mieux son budget.

Comme certains locaux isolés se trouvaient disponibles, en réalité le quart de l'établissement, ils furent mis immédiatement à la disposition des entrepreneurs et les travaux d'aménagement de la Maison Maternelle commencèrent. Une somme de deux millions prise sur les fonds du pari mutuel et des jeux avait été mise à la disposition du Ministre. La Maison Maternelle, quand elle aurait englobé tous les services d'aliénés, devait hospitaliser 1.500 mères nourrices ou en état de gestation. Pour le moment, sa section comprend 250 lits.

Ce fut alors pendant de longs mois l'agonie du service des aliénés. Le recrutement ne se faisant plus, le nombre des malades diminua rapidement. Cette situation ne pouvait durer longtemps. La subvention accordée par l'Etat ne permettait d'hospitaliser que 125 mères nourrices alors que les locaux étaient prêts pour en recevoir 250. D'autre part, le service des aliénés avait plus de 250 lits vacants. Les frais généraux restant les mêmes, le prix de journée s'éleva très rapidement. Emu par cette situation, M. Leredu, Ministre de l'Hygiène, autorisa provisoirement en juin 1921 le recrutement de nouveaux aliénés ; mais pour ne pas violer la loi, il défendit toute propagande ; le prix de pension fut fixé à 19 fr. par jour ; les familles qui

désiraient placer leurs malades à la Maison de Santé devaient prendre par écrit l'engagement de les retirer immédiatement « si l'administration supérieure venait à décider la reprise des travaux de transformation de la Maison Nationale de Santé en Maison Maternelle ».

Toutes ces conditions mirent obstacle au recrutement qui resta très réduit. Il faut noter toutefois qu'à partir de cette époque la population des aliénés resta presque stationnaire ; le nombre des entrées compensait celui des sorties et des décès.

Mais un autre facteur vint encore aggraver les difficultés d'existence de la Maison de Santé. La crise de la natalité se fit rapidement sentir. Les lits réservés aux mères nourrices ne purent plus être occupés. La population de la Maison Maternelle diminua peu à peu et la presque totalité des frais généraux fut supportée par le service des aliénés, ce qui contribua à augmenter encore le prix de journée.

En présence d'une telle situation, M. Paul Strauss, dès son arrivée au Ministère de l'Hygiène, se proposa comme but de faire en sorte que les 170 lits vacants de la Maison Maternelle et les 250 lits vacants de la Maison de Santé soient occupés, seul moyen d'obtenir une diminution considérable du prix de journée des deux sortes d'hospitalisés.

Son premier geste fut de faire transférer à la Maison de Charenton 118 militaires bénéficiaires d'une pension. Il était en effet assez paradoxal de voir l'Etat verser à d'autres asiles les frais de pension concernant les mutilés du cerveau alors que son propre établissement avait de nombreux lits vacants.

La première partie du programme du Ministre a ainsi reçu un commencement d'exécution, mais la deuxième partie sera plus difficile à réaliser. Dans son rapport sur le budget de l'Hygiène, M. Fallières, député, reconnaît « qu'il serait facile de recevoir trois fois autant de mères nourrices. Mais comme il s'agit d'hospitalisations gratuites, comportant un prix de journée probable de 15 fr. 59 pour 1923, l'augmentation de l'effectif sans compensation pécuniaire accroîtrait ici le déficit au lieu de l'atténuer. Cette question est donc liée à celle de la participation des collectivités locales, et notamment du département de la Seine, à l'entretien des hospitalisées. Il serait à souhaiter, ajoute-t-il, qu'une solution, mise à l'étude, à ce sujet, depuis longtemps déjà, finisse par être adoptée et entre prochainement en application. Avec elle et sans qu'il en coûtât davantage au budget, on pourrait voir utiliser les bâtiments appropriés à grands frais pour ce service ». L'intention est bonne, mais comment les 250 lits de la Maison Maternelle pourront-ils être occupés puisqu'actuellement sa population atteint à peine 80 unités et tend encore à baisser, puisque dans toutes les maisons de convalescence pour mères nourrices de nombreux lits sont vacants ? On comprend difficilement les paroles suivantes que M. le Professeur Pinard vient, du haut de la tribune de la Chambre, d'adresser à M. le Ministre de l'Hygiène : « Pour le moment, retenons simplement que, de par la loi, il vous appartient de veiller à ce que cette maison ne reçoive plus d'aliénés et à ce que, au fur et à mesure de la vacuité des services, les aliénés soient remplacés par des mères soit en état de gestation, soit des

mères nourrices. » Il serait intéressant de savoir comment M. le Professeur Pinard fera pour remplir non seulement les 250 lits actuels, mais les 1.500 lits prévus si toute la Maison de Charenton était transformée en Maison Maternelle.

L'idée qui a conduit M. Breton à créer un refuge pour les nouvelles accouchées est évidemment des plus louables. Protéger les enfants nouveau-nés, assister les mères, rien de mieux, mais peut-être n'était-il pas nécessaire pour cela de détruire la vieille maison d'Esquirol et de Calmeil, d'autant plus que la chose n'allait pas sans créer des difficultés presque insurmontables.

De plus, malgré l'éloquent plaidoyer de M. le Professeur Pinard, est-on bien certain que ce soit là le véritable remède à la crise de la natalité ? S'il est un péril angoissant pour notre pays, — et il y a beau temps qu'il a été dénoncé, — c'est celui qui résulte de la diminution toujours progressive des naissances. Pour y remédier, il faut une réforme sociale complète et non pas des conseils, des encouragements ou des mesures anodines analogues à celle qui a été réalisée à Charenton.

Du reste, les résultats ne se sont pas fait attendre. Certains lits de la Maison Maternelle ont été occupés pendant trop longtemps, beaucoup d'autres sont restés vides.

On n'est même pas arrivé à se mettre d'accord sur les bienfaits que les mères nourrices retirent de leur hospitalisation. A ce propos, le dialogue suivant s'est échangé entre M. le Professeur Pinard et le rapporteur du budget de l'Hygiène, M. André Fallières.

M. LE RAPPORTEUR. — Lorsque vous placez des

mères dans un établissement de cette nature pour une durée d'une année, vous les retranchez en quelque sorte de la vie sociale. Elles ne peuvent plus rester dans leur foyer et y remplir le rôle qu'elles devraient y jouer.

M. PINARD. — Mais elles n'ont pas de foyer, puisqu'elles sont privées d'aide, de protection et de ressources !

M. LE RAPPORTEUR. — ...Si, dans un établissement où il y a 300 lits, vous réservez ces 300 lits à 300 femmes pour toute une année, il n'y aura que 300 bénéficiaires de l'institution créée par l'Etat. Si, au contraire, les hospitalisées ne font qu'un séjour de deux mois, qui peut d'ailleurs être prolongé quand le médecin de l'établissement le juge nécessaire, le nombre des accouchées appelées à profiter des avantages que présente, à la sortie des maternités, un séjour dans cet établissement, se trouvera augmenté.

La note juste nous paraît avoir été donnée par M. Isaac, président d'associations de familles nombreuses : « Que devons-nous faire pour les pères et mères de famille qui sont évidemment l'immense majorité de ceux qui participent à la reproduction de la race ? Il ne s'agit pas seulement de ces filles que vous recevez dans les maternités, ces personnes qui, certainement, ont droit à nos soins, non seulement parce qu'elles passent par une épreuve physique et morale, mais aussi parce qu'elles apportent un certain contingent au chiffre des naissances ; mais elles ne sont qu'une minorité ; la grande majorité, ce sont les pères et mères de famille réguliers. » (*Applaudissements.*)

Devant un si vaste problème et en présence de

la pauvreté des résultats acquis, tous les aliénistes et neurologistes qui ont si vivement protesté contre la désaffectation de la Maison de Charenton loueront M. Paul Strauss de vouloir maintenir ce célèbre établissement. Ce projet va dès maintenant être réalisé puisque la Chambre a voté le chapitre 15 du rapport de M. Fallières, dans lequel on lit : « La coexistence dans le même établissement d'une *maison d'aliénés* et d'une *maison maternelle* appellerait d'une part la modification de l'intitulé du chapitre, d'où il conviendrait, sans doute, de faire disparaître le mot *maternelle* et, d'autre part, la division en deux articles faisant entre les deux sections une ventilation de la subvention de l'Etat. La Commission désirerait que les choses fussent ainsi présentées dans le prochain budget. »

Cette solution a le mérite de réaliser l'autonomie de deux organismes hospitaliers absolument distincts l'un de l'autre, elle a aussi le précieux avantage de réserver l'avenir.

L'ÉVOLUTION DE LA MÉTHODE DES TESTS BINET-SIMON EN AMÉRIQUE

Par

O.-J. RAEDER,

Ex-Médecin du Psychopathic Hospital de Boston,
Ex-Asst. de Neuropathologie à l'Université de Harvard,
Asst. étranger à la clinique des maladies mentales
de la Faculté de Médecine de Paris

Mlle G.-L. LOWDEN,

Ancien Chef du Service de psychologie
de Boston Psychopathic Hospital

M.-A. BROUSSEAU,

Chef de clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris

La méthode des tests d'intelligence systématiques et gradués telle que nous la devons aux travaux primordiaux de Binet et Simon s'est rapidement révélée insuffisante sous trois rapports. D'abord, pour les âges inférieurs, elle ne permet pas une précision suffisante, secondement elle offre trop de difficultés pour l'évaluation des âges les plus élevés, enfin, il est apparu que certains tests n'occupaient pas, dans l'échelle, leur vraie place ; par exemple, certain test, classé d'abord dans le groupe des tests de cinq ans, s'est montré plus propre à être classé dans celui de 4 ou de 6 ans. Cette critique ne vise donc qu'à proposer en quelques points des compléments à la puissante esquisse donnée par Binet. Pénétrés de la grande valeur de cette méthode, des psychologues américains consacrèrent leur effort à tenter de la perfectionner. Ainsi virent le jour de nombreuses variantes, dont les principales sont celles de Yerkes-Bridges, Goddard, Kuhlmann, etc. La dernière née, que l'on s'accorde à considérer comme la plus

exacte, est celle du Prof. Terman de l'Université de Leland Stanford en Californie, connue sous le nom de *Stanford Revision of the Binet Simon tests*. Parue en 1916, elle entraîna une adhésion presque universelle et fut adoptée par toutes les œuvres et institutions qui traitent des problèmes posés par l'arriération mentale.

Cette méthode vaut tout d'abord par un regroupement des tests, dont l'effet est de corriger les déficiences constatées particulièrement aux niveaux extrêmes. De plus, Terman compléta l'échelle en y ajoutant des tests pour l'âge adulte, et permit ainsi d'appliquer les procédés de mesure aux âges mentaux les plus élevés. Il a proposé ainsi 90 épreuves tandis que l'échelle de Binet n'en comptait que 54.

Enfin sa notion de « l'index intellectuel » constitue un élément nouveau et de grande valeur. Evidemment le niveau intellectuel absolu ne signifie rien : c'est le rapport entre l'âge mental et l'âge chronologique qui nous permet d'évaluer le degré d'arriération ou de déficit intellectuel.

Par exemple, si chez un enfant de 7 ans, l'instituteur décèle un niveau mental de 6 ans, il n'y a pas lieu de s'alarmer ; le même résultat chez un garçon de 17 ans, autoriserait au contraire des inquiétudes. C'est à ce rapport entre l'âge mental et l'âge chronologique que Terman a donné le nom d'*intelligence-quotient* (I. Q.) ou *Index Intellectuel*. Dans l'exemple précité, on l'exprimerait en disant que l'index intellectuel est de $6/7$ ou de $6/17$. Le développement moyen de l'intelligence semblant accompli vers 16 ans, les index intellectuels des adultes ont été calculés sur la base d'un âge chronologique de 16 ans.

Mais la venue de la grande guerre et l'emploi généralisé des tests d'intelligence lors de l'examen des recrues apportèrent en peu de temps une énorme masse de données expérimentales ; leur étude révéla dans la méthode qu'on avait d'abord établie, une erreur d'appréciation marquée.

Considérons le tableau suivant :

Age mental moyen des recrues

	Blancs nés au E.-U.	Immigrés	Noirs	Total de l'armée
Nombre de cas...	9.500	3.700	3.300	1.500.000
Age mental moyen.	13,5	9,5	10	13,5

On voit ainsi clairement que l'âge mental moyen de l'Américain de race blanche est plus près de 13 ou 14 que de 16.

D'autre part, le Dr Doll, de Trenton, ayant étudié par la méthode des Tests 1.000 enfants pris parmi les écoliers et les délinquants, estime que le développement mental s'achève en moyenne vers 13 ans, l'expérience et le jugement l'enrichissant par la suite. De plus, l'examen de 250 arriérés, soumis pendant 4 ans au moins à l'investigation par la méthode des tests, lui a montré que ces sujets ne se développent plus après l'âge chronologique de 13 ans. En d'autres termes, les données récentes indiquent qu'il faudra bientôt exprimer l'index intellectuel sur la base d'un âge mental moyen voisin de 14 ans.

Devant l'urgence créée par la guerre, un comité de psychologues experts fut constitué en vue de procéder à une classification rapide des recrues basée sur leur valeur intellectuelle ; et, alors, se manifesta l'insuffisance des tests d'intelligence collectifs qu'il fallut développer et perfectionner. Deux modes d'examen furent élaborés : l'un « Alpha » pour les sujets instruits, l'autre « Beta », adapté aux illettrés ainsi qu'à ceux qui n'ont qu'une connaissance imparfaite de la langue et dont la technique était fondée sur une sorte de pantomime. Le succès qui couronna cet effort dans l'armée suscita le développement d'une foule de tests collectifs, dont la plupart répondent aux besoins pédagogiques. Les plus connus sont les tests nationaux collectifs d'intelligence, les tests de Haggerty et de Otis. Il est évidemment désirable que cette diversité de méthodes

fasse bientôt place à une seule série de tests, unissant les qualités ainsi dispersées. Si considérable que soit déjà le progrès réalisé, le besoin s'en fait encore clairement sentir sur trois points bien déterminés.

1) Nous n'avons pas une échelle adéquate à la détermination de l'âge mental des adultes qui dépassent la moyenne. L'échelle Stanford qui s'est montrée assez satisfaisante pour l'examen des adultes moyens et sub-normaux est tout à fait insuffisante pour les adultes d'un niveau élevé.

2) Il nous faut une échelle adaptée à l'examen des illettrés et de ceux qui ne sont pas familiarisés avec la langue du pays. Nous avons actuellement un certain nombre de tests d'exécution dont chacun séparément est bien réglé, mais il nous manque un classement de ces tests comparable à l'échelle de Stanford (l'échelle « Beta » employée dans l'Armée est insuffisante pour la pratique générale).

3) De plus, nous avons encore besoin d'un procédé d'investigation particulièrement adapté à cette catégorie de sujets dont la pensée se développe selon des formes concrètes (thing-thinkers) et non par le moyen d'abstractions, ainsi que cela se produit chez ceux dont l'intelligence a réduit en idées les données de l'expérience (idea-thinkers).

La plupart des tests font jouer à l'excès le facteur verbal qui augmente la difficulté (handicap) pour ces sujets dont la pensée, à l'aise dans le concret, se rebute devant l'abstrait. Nos échelles de tests « sentent » trop l'académie.

En Europe, il faut mentionner les excellents travaux inspirés par le Prof. Claparède de Genève et M. Decroly de Bruxelles. Il faut accorder une attention particulière au nouveau livre d'Alice Descourdes de l'Institut J.-J. Rousseau à Genève sur le développement de l'enfant de 2 à 7 ans.

Les notions pédagogiques sur les arriérés élaborées dernièrement en Belgique dans le service du D^r Sano à Gheel par le D^r Vermeylen offrent un grand intérêt social.

De même, en Amérique, ces méthodes, si imparfaites qu'elles soient, se sont prêtées récemment à des développements du plus haut intérêt.

Dans l'industrie, on ne les utilise guère que dans le choix et la spécialisation du personnel. Il n'y a pas encore de test permettant de déceler la vocation, et c'est là cependant une nécessité. Le meilleur semble être celui que l'on emploie pour les sténographes.

L'Institut Carnegie de Technologie poursuit activement des recherches pour l'étude des aptitudes commerciales et bien des progrès ont déjà été réalisés.

Stearns, de Boston, fut un des premiers dans cette voie et, au retour de la guerre, fit à ce propos une communication à la Société de Neurologie et de Psychiatrie de Boston.

En matière de législation pédagogique, le Massachusetts donna l'exemple pour ce qui concerne l'éducation des arriérés. Ces progrès considérables ont été obtenus grâce aux efforts de M. Fernald, directeur de l'école pour enfants arriérés de Waverley, et de M. Géo Kline, chef du service administratif des maladies mentales, qui ont su entraîner à leur suite un groupe de collaborateurs zélés.

La loi qui réorganise l'éducation des arriérés a été le fruit d'une étroite collaboration entre la commission des maladies mentales et le service pédagogique de l'Etat. En exécution de cette loi, tout enfant dont l'âge mental se trouve en retard d'au moins trois ans sur son âge chronologique, doit subir un examen médical et psychométrique destiné à déceler la cause de son arriération. De plus, il est prescrit que des classes spéciales soient instituées de façon à donner à ces arriérés un enseignement approprié. Dans ce but, on a déjà installé dans l'Etat une trentaine de cliniques mentales où les enfants peuvent être examinés. En outre, on peut utiliser aussi les consultations ambulantes de cliniques psychiatriques qui visitent les localités dépourvues d'organisation fixe, et fonctionnent sous la direction du service des maladies mentales de l'Etat. Ces consultations ambulantes se composent d'un psychiatre, d'un psychologue ou « *mental tester* » et

d'une assistante spéciale, qui travaillent en liaison avec les membres du personnel enseignant et les infirmières des écoles.

En 1921, enfin, le Massachussets fit entrer en vigueur les prescriptions légales suivantes dont l'importance nous paraît considérable.

« Toute personne inculpée de crime, ainsi que tout individu récidiviste, doit être obligatoirement et par les soins du service d'Etat des maladies mentales, soumis à une expertise qui est chargée de déterminer son état mental et de rechercher s'il comporte des éléments susceptibles de modifier sa responsabilité. »

Données statistiques

1) Des travaux de Doll et des autres il résulte qu'on peut évaluer à 2 0/0 le nombre des écoliers dont l'intelligence peut atteindre un niveau supérieur à un âge mental de 11 à 12 ans.

2) On estime également qu'au moins 25 0/0 des criminels sont atteints d'une tare mentale. Dans son premier rapport datant de 1917, M. Slueck, psychiatre attaché à la Prison de Sing-Sing, avait déjà mis en évidence que 66,8 0/0 des prisonniers présentaient d'une façon continue tout au long de leur vie des tendances antisociales fréquemment affirmées sous forme de délits.

Dans ce même groupe d'observations, portant sur 608 cas, 28 0/0 manifestaient un niveau mental égal à celui d'un enfant américain âgé de 12 ans, au moins. Enfin, 80 0/0 étaient des récidivistes, c'est-à-dire qu'ils avaient déjà purgé plusieurs peines dans divers établissements correctionnels ou maisons de force.

3) Les données du service psychométrique ont révélé que l'on pouvait apprécier de la façon suivante l'âge mental moyen des divers éléments ethniques de l'armée:

Pourcentage du niveau intellectuel des recrues

Age Psychologique	Blancs nés aux E.-U.	Immigrés	Noirs	Ensemble de l'armée
Au-dessous de 9 ans	5	55*	39	10
9.5 à 10.9....	15	29	28	15
11 à 12.9....	21	8	16	20
13 à 14.9....	27	7	19	25
15 à 16.4....	19	1	4	17
16.5 à 17.9....	4 (9)	»	2	9
18 à 19.5....	4	»	1	4
Illettrés	17	72*	62*	30

Les 55 0/0* d'immigrés blancs dont le niveau intellectuel est inférieur à 9 ans, se montrant ainsi inférieur à l'ensemble des recrues de couleur, peuvent en partie s'expliquer du fait que ces immigrants sont souvent illettrés et par ailleurs ne possèdent de la langue qu'une connaissance très imparfaite.

En ce qui concerne le niveau intellectuel de la race blanche et celui de la race noire, la question paraît définitivement tranchée en faveur de la première ; il est cependant remarquable de noter que les noirs venus des Etats du Sud présentent un niveau plus bas que ceux habitant les Etats du Nord, et cela dans la proportion de 9 à 11.

CONCLUSIONS

1) De l'expérience américaine, il ressort que les tests Binet-Simon, de si haute utilité générale, se sont révélés insuffisants :

a) pour les âges inférieurs où ils manquent de précision ;

b) pour les âges plus élevés où ils étaient trop complexes ;

c) dans la classification générale des tests.

2) La nécessité de remédier à ces imperfections suscita en Amérique de nombreuses variantes, qui se ca-

ractérisaient en général par l'élévation de 12 à 16 ans du niveau intellectuel de l'adulte. On s'efforça de plus de réaliser une mise en place plus adéquate de certains tests.

3) La guerre, qui fournit une si riche moisson de données expérimentales, réagit sur les opinions déjà reçues au point que l'on dut rabaisser le niveau intellectuel moyen de l'adulte à un âge mental voisin de 13/12 ou 14.

4) Trois défauts essentiels demeurent actuellement :

a) Il n'y a pas de tests spéciaux pour les adultes supérieurs ;

b) D'autres sont nécessaires pour les illettrés et pour ceux qui connaissent mal la langue officielle ;

c) Enfin, il faut une méthode particulière d'appréciation de l'intelligence pour ceux dont la pensée s'exprime selon un mode concret et se dérobe devant l'abstrait.

5) La grande valeur pratique des tests collectifs a été démontrée, et cependant leur emploi est encore très insuffisant dans l'industrie.

6) Le Mass. a donné l'exemple d'une législation pédagogique particulièrement adaptée aux écoliers arriérés.

7) Déjà plusieurs villes et Etats de l'Union ont annexé des services psychiatriques aux organismes judiciaires. Et voici que devient obligatoire l'expertise psychiatrique de tout criminel ou récidiviste.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 27 NOVEMBRE 1922

Présidence de M. TOULOUSE, Président

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Assistent à la séance : MM. Allamagny, Brousseau, Bussard, Collet, Demay, Rayneau, Rodiet, membres correspondants.

M. Toulouse fait part du décès de M. Conso, membre titulaire de la Société dont il se fait l'interprète pour exprimer à Mme Conso et à ses fils les sentiments de profonde sympathie que cette mort prématurée a éveillés chez tous nos collègues.

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. Rodiet qui pose sa candidature à la prochaine place vacante de membre titulaire ;

une lettre de M. Quercy qui sollicite le titre de membre correspondant ; une Commission est nommée, composée de MM. Chaslin, Séglas et René Charpentier, rapporteur ;

une lettre de M. Minkowski, naturalisé français, qui demande la transformation de son titre de membre associé étranger en membre correspondant. — Adopté ;

une lettre de M. René Charpentier qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une invitation aux réunions de la Société Suisse de Psychiatrie qui se tiennent à Zurich les 25 et 26 novembre. La Société regrette d'avoir reçu cette invitation trop tard pour désigner des délégués ; par un heureux hasard M. Minkowski, membre correspondant, se rend à ces réunions, le Secrétaire général a cru pouvoir prendre l'initiative de le charger de représenter la Société. Approbation unanime.

La prochaine séance de la Société est fixée au samedi 23 décembre, le dernier lundi du mois, jour réglementaire, étant le jour de Noël.

Rapports de Candidature

M. CAPGRAS. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Colin, Truelle et Capgras à l'effet d'examiner la candidature de M. le D^r Guiraud au titre de membre correspondant.

Ancien interne des hôpitaux de Montpellier, de la Maison Nationale de Charenton, médecin des Asiles depuis 1908, médecin des Asiles de la Seine depuis le dernier concours, le D^r Guiraud a manifesté une grande activité interrompue seulement par plusieurs années de présence aux Armées.

Sans vouloir énumérer toutes ses publications, nous nous contenterons d'attirer l'attention de la Société sur les principales. Trois mémoires : *La propriété neurotoxique*, — *Traitement de l'Epilepsie par les Vaccins et les Sérums*, — *Pathogénie et Traitement de l'Epilepsie* (ce dernier écrit en collaboration avec le D^r Dide a obtenu un prix de l'Académie de Médecine de Belgique) ont été consacrés aux conceptions pathogéniques modernes sur l'Epilepsie ; ils rapportent une série de faits, de théories, de traitements, jusqu'alors peu connus en France. Dans le dernier se trouve décrite la crise hémoclasique au cours de l'attaque épileptique, dont la réalité est confirmée à la même époque par Bouché et Hustin, Buscaino, etc.

Parmi les recherches anatomo-pathologiques du D^r Guiraud, nous rappelons surtout « *l'Étude cytologique d'un cas de Tay. Sachs Juvénile* » en collaboration avec Dide.

Récemment à la Société clinique de Médecine mentale notre collègue a signalé la présence dans l'encéphalite léthargique, de *corpuscules acidophiles en disque et en rosace*, rappelant les corps de Negri dans la rage.

En clinique mentale, le D^r Guiraud s'est attaché spécialement aux modifications de l'écriture et du langage

dans la Démence précoce et les délires systématisés et plus généralement à la distinction entre les troubles intellectuels des délires et ceux des démences légitimes (*Etats de loquacité dans la Démence précoce, Formes verbales de l'interprétation délirante, Délire systématisé et inversion sexuelle*. Trois mémoires parus dans les *Annales médico-psychologiques*).

Rappelons enfin qu'en collaboration avec Dide, le D^r Guiraud vient de faire paraître « La Psychiatrie du Médecin Praticien ». Ce volume, sous un aspect d'apparence élémentaire, cache un travail considérable de clinique, de bibliographie, de laboratoire, d'où émergent nombre de conceptions originales. Sans doute, y trouvera-t-on quelques hypothèses audacieuses, qui annoncent peut-être déjà la psychiatrie de demain, mais on ne saurait méconnaître l'ardeur et la sincérité qui les ont dictées.

Ces titres auraient mérité depuis longtemps au D^r Guiraud une place parmi nous. Votre Commission sait d'avance que vous serez tous heureux de l'accueillir aujourd'hui.

M. le D^r Guiraud est élu membre correspondant par 18 voix sur 18 votants.

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, Dans votre dernière séance, vous avez nommé une Commission composée de MM. Toulouse, Semelaigne et René Charpentier, rapporteur, chargée d'examiner les titres du Docteur Henri Flournoy (de Genève) qui demande à faire partie de la Société Médico-psychologique à titre de membre associé étranger.

Privat-docent de psychopathologie à la Faculté de Médecine de Genève (1920), Président de la Société Genevoise de Patronage des Aliénés, membre de la Société Suisse de Neurologie, de la Société Médicale de Genève, de la Société de Physique et d'Histoire naturelle de Genève, etc., le D^r Henri Flournoy a participé à quelques-uns de nos Congrès de langue française. Ses travaux de physiologie, de neurologie et de psychopathologie sont bien connus de vous.

Pour obéir à la règle de brièveté imposée aux rapports de candidature, je me contenterai de vous rappeler parmi d'autres les études de M. Henri Flournoy sur le symbolisme, les rêves, les méthodes psychothérapiques, la suggestion hypnotique, la psychanalyse, l'épilepsie émotionnelle, les obsessions et impulsions à début instantané, les rapports de l'alcoolisme et de la dégénérescence, le début du délire d'interprétation.

Votre Commission vous propose, à l'unanimité, de nommer M. Henri Flournoy, membre associé étranger de la Société Médico-psychologique.

M. Flournoy est élu membre associé étranger par 17 voix sur 17 votants.

Psychopathie syphilitique chez un prédisposé

(Délire onirique. Etat obsédant post-onirique)

Par M. René TARGOWLA et Mlle L. PEZÉ

On admet, depuis les travaux de M. Ségla, contrairement à l'opinion classique, que les obsessions peuvent s'accompagner d'hallucinations et l'on distingue, avec cet auteur, l'obsession hallucinatoire, dans laquelle l'hallucination est secondaire, de l'hallucination obsédante, qui est primitive.

D'autre part, des psychoses accompagnées d'hallucinations peuvent succéder aux obsessions ; les faits de Morel, Larroussinie, Ségla, Pitres et Régis, Arnaud, Ceillier, entre autres, en sont la preuve. Mais il est plus rare, semble-t-il, de voir chez un prédisposé l'obsession faire suite à un état hallucinatoire, délire onirique dans le cas actuel, où le rapport des deux ordres de troubles psychopathiques apparaît évident.

T... Emile, 47 ans, brocanteur, est fils naturel d'une femme de mœurs légères, ancienne pupille de l'Assistance publique, et ne connaît rien de son père, sinon que ce dernier se serait suicidé. Sa mère a abandonné un de ses frères à l'Assistance publique. Une sœur est morte en bas âge d'une com-

plication de la rougeole ; une autre, fille entretenue, est violente, jalouse, querelleuse « comme sa mère » et aurait des habitudes homosexuelles. Il n'a pas d'enfant.

Lui-même eut une enfance misérable, passée en partie aux Enfants assistés. Il obtint néanmoins le certificat d'études primaires et commença aussitôt à gagner sa vie ; il exerça de nombreux métiers, s'expatria aux Etats-Unis et eut une existence assez mouvementée, au cours de laquelle il manifesta cependant une certaine énergie et de l'esprit d'entreprise qui lui permirent d'acquérir une petite fortune. Affectueux pour les siens, intervenant facilement en faveur des faibles et apparemment assez suggestible, docile surtout à l'influence de sa mère, impulsif et parfois violent, T... a présenté, en outre, depuis une quinzaine d'années des troubles qu'il dissimulait, dit-il, à son entourage : lorsque des concurrents lui causaient quelque ennui dans les diverses affaires qu'il a conduites, il était pris, en pensant à eux ou en les voyant, de « crises de rage » avec sensation d'angoisse, de constriction du cœur et « il avait l'idée de les étrangler » ; dans les mêmes circonstances, il était aussi obsédé par l'idée d'écrire des lettres anonymes, mais il n'en a écrit qu'une, qu'il a aussitôt déchirée en se traitant de lâche.

D'autre part, il était hanté par la crainte de la misère qu'il avait connue dans son enfance. Depuis son mariage, il se demandait souvent s'il aimait sa femme. Enfin, en 1916, il alla à plusieurs reprises rendre visite à un de ses amis, infirmier dans un asile d'aliénés, et fut poursuivi pendant quelque temps par la crainte de devenir fou, une sorte de voix intérieure lui disait : « tu deviendras fou ».

Par ailleurs, il était très affecté de la rivalité existant entre sa femme, d'une part, sa mère et sa sœur, d'autre part ; celles-ci, jalouses du testament qu'il avait fait en faveur de la première, s'efforçaient de le détacher d'elle. Bien qu'il soutint toujours sa femme, les manœuvres de sa mère le tourmentaient et provoquaient des scènes de ménage dont il se repentait ensuite sans oser en avouer la cause à sa femme.

Le fait capital de sa vie pathologique est, avec une parotidite suppurée qui passa à la chronicité, peut-être quelque tendance à l'éthylisme d'habitude, un chancre syphilitique qu'il eut à la joue gauche, en 1896, et qui fut suivi d'accidents secondaires (roséole, angine, plaques muqueuses). Un traitement mercuriel *per os* fut institué, mais bientôt interrompu pour n'être repris qu'en 1919, à l'occasion de nou-

veaux accidents. En 1912, névralgie faciale droite. Mobilisé le 2 août 1914, il se fit, en mars 1915, une fracture bi-malléolaire à la suite de laquelle on le réforma.

C'est en août 1919, dit-il, qu'il devint « jaloux, irritable, insolent » ; en septembre, apparut une ulcération spécifique de la langue pour laquelle on le traita à l'huile grise, et, en décembre, il éprouva à diverses reprises des accès de « paralysie momentanée de la langue, durant environ une demi-heure », soignés au cyanure de mercure par voie veineuse. En 1920, un soir, au café, il eut de la diplopie ; puis il éprouva des troubles divers, une céphalée violente, de l'insomnie irréductible ; il devint de plus en plus jaloux et irritable, eut « des visions de la folie », des « crises de jalousie » violentes, accompagnées d'angoisse lorsqu'il pensait à ceux de ses amis qui ont mieux réussi ou sont plus riches que lui. En juillet 1921, il fit un voyage au bord de la mer ; à table d'hôte, il raconta qu'il était un marchand de diamants extrêmement riche ; il avait des impulsions à s'exhiber nu et finalement fit une fugue « pour maigrir ». Il rentra alors à Paris, et reçut trois injections de néo-salvarsan ; le 4 août, on commença une série d'injections de sérum du Dr Q... ; à la cinquième piqûre, il s'alita et commença à délirer. Il raconte ainsi ce délire dans un long document qu'il nous remit et que nous abrégeons :

« Je tombe le soir vers 6 heures comme foudroyé par un courant électrique. Je me relève péniblement et me remets au lit. Dans la nuit sensation de courant électrique dans le corps, impossibilité d'uriner qui cesse quand le courant électrique me lâche. La conversation avec mon cerveau commence, il me parle d'abord avec les doigts en comptant les lettres de l'alphabet ; sur ma demande si un cerveau parle, il répond et me raconte qu'il est immortel, qu'il a 12.000 ans, qu'il a été dans la tête d'hommes de toutes races, qu'il connaît tous les cerveaux du monde. J'étais en extase, car il me disait que j'étais le seul homme qui ait la chance de causer avec son cerveau. Dès ce jour, j'eus constamment devant les yeux la vision obsédante de ciels pleins d'étoiles ; plus je me cachais, plus je les voyais et j'avais peur. Ensuite, je vis le ciel, je vis l'enfer, j'entendis un Dieu qui me condamnait du ciel à l'enfer. Je me sentis précipité dans l'enfer.

« Sur l'ordre de ce Dieu, je mettais tout le monde à la porte de ma chambre : docteur, amis, parents ; je n'acceptais que ma femme.

« Puis le cerveau cessa de me parler et j'entendis trois voix qui me prodiguaient les plus viles insultes. Ces voix

étaient éclatantes et semblaient provenir du ciel que je voyais de mon lit ; après avoir écouté ces voix dans un temps que je ne peux apprécier, je ripostai à mon tour et prodiguai à mes insulteurs les pires injures. Je ne dormais ni nuit, ni jour ; j'entendais constamment trois voix qui s'intitulaient : le cerveau, la cervelle et le cervelet. J'étais affolé, je pleurais... je voyais mon cerveau sous la forme d'une tête d'homme très pâle avec les yeux bridés et coiffée d'un casque. Cette vision me poursuivait partout ; le plafond de ma chambre me semblait garni de solives comme le plafond d'un château et le cerveau était dans ce plafond me disant d'une voix de stentor : « Emile T..., je te vois. » Je ne pouvais plus aller à la selle, mon cerveau me l'interdisait. J'eus des rêves atroces dans mes courts moments de repos : Je me vis fusillé avec ma femme ; je me vis, habillé tout en noir comme un régleur de funérailles, me suicider au bord de ma fenêtre ; j'avais un gros revolver à la main.

« Le 15 août, dans la matinée, après avoir rêvé que j'avais la médaille militaire et la légion d'honneur, je me réveillai avec une voix dans la tête qui me disait : « Emile T..., tu es l'héritier du roi d'Angleterre. Tu vas annoncer ton avènement au peuple du faubourg du Temple et tu vas célébrer cet heureux événement en ouvrant la fenêtre entouré de ta famille et en jetant des billets de mille livres sterling. Je te jetterai au moment voulu ton uniforme de roi. » Je fis ce qui m'était commandé, mis mon plus beau vêtement, ouvris la fenêtre et amentai la foule en lui disant qu'elle attende, que les billets allaient pleuvoir. »

T... fut interné le jour même dans une maison de santé. Peu après, ses hallucinations se modifièrent, et, écrit-il dans le même document, « l'obsession de ma famille commença. Les trois voix me harcelaient nuit et jour, me disant tout le temps : « Emile T..., répudie ta femme et donne tout ton argent à ta mère, à ta sœur, à ton beau-frère, à ton neveu » ; je criais, je hurlais que je ne voulais pas faire cet acte ignoble : déshériter ma femme. La jalousie de ma famille m'avait corrompu la tête.

« Mes hallucinations devinrent plus terribles. Je voyais un serpent qui s'intitulait le serpent de la syphilis qui luttait avec mon cerveau ; mon cerveau m'appelait à l'aide me disant de me serrer la tête par devant, de me serrer la tête par derrière (1). Il me disait que le serpent le gagnait et

(1) Ces voix parlaient presque toujours anglais, mais mal, ajoute T... en réponse à une question, « comme moi, broken English ».

descendait dans ma gorge ; pour le saisir, je me fouillais la gorge avec trois doigts, m'arrachant les chairs. Après, le cerveau me disait que le serpent allait sortir par le rectum et que je devais le saisir. Je me mettais les doigts dans l'anüs en hurlant au secours. Après autres dircs, le serpent remontait dans ma tête et mangeait mon cervellet, ma cervelle et enfin, après un combat terrible, puisque mon cerveau prétendait recevoir le serpent avec des décharges électriques, le serpent fut vainqueur. J'entendis une voix basse qui murmurait : « Au revoir, mon pauvre Emile, je suis mangé. »

« Quelques heures passèrent, lorsque, tout à coup, je sentis un choc violent au cœur, à mon cœur qui m'avait semblé cesser de battre, et j'entendis une voix qui me dit : « Bonjour, Emile T..., tu te croyais mort ; mais je suis le serpent de la syphilis et, quoique ayant mangé ton cerveau, mes petits frères les serpenteaux s'étant chargés de ta cervelle et de ton cervellet, je vais te faire vivre en tapant avec le bout de ma queue sur ton cœur. Je ne mets qu'une condition, c'est que tu feras un testament pour ta mère, ta sœur, ton beau-frère et ton neveu. Je me charge d'aller tuer ta femme en lui envoyant une piqure syphilitique dans le nez. » Je défendais ma femme de toutes mes forces, quand j'entendis une voix nasillarde qui me dit : « Assez de jérémiades, il faut te confesser. Je suis le petit frère du serpent de la syphilis et il me porte dans sa queue ; il m'a laissé dans ta tête pendant qu'il est parti piquer ta femme. » Il me raconta ensuite que tous les serpents de la syphilis étaient prêtres persans et pour me le prouver il fit défiler devant mes yeux des cieux avec des dessins divers qui représentaient les paradis persans, mahométans, arabes, etc... J'étais forcé de me mettre à genoux et de faire des prières dans des dialectes incompréhensibles. Je ne dormais pas pendant quelques nuits, étant toujours obligé de me mettre à genoux sur les ordres impératifs des deux serpents. Il fallait que je pleure pour pouvoir me coucher en long.

« Fin août, un changement se produisit dans mes hallucinations. De nouveau un grand combat se livra dans ma tête ; le cerveau était ressuscité, mais dans le combat il était obligé de laisser monter le sang dans la boîte crânienne et pour le dégager il m'ordonna de me faire un trou dans cette boîte. Quoique à la camisole de force et les jambes ligotées, j'eus l'énergie de m'emparer d'une fourchette en fer et de me frapper sur le crâne. Je n'arrivai, vu mon état d'entravement, qu'à me faire quelques ecchymoses au sommet du crâne ; je me cognai aussi à la barre du lit, mais pas suffisamment pour faire le trou désiré dans ma tête.

Alors une chose atroce s'ensuivit : je sentais mon sang qui entraînait mon cerveau dans mon estomac, la cervelle et le cervelet dans mon ventre. J'entendais une voix murmurante qui me disait : « Emile, mon pauvre Emile, tu vas mourir. Crie au secours, demande un médecin, demande de l'éther. » La voix me murmurait de plus en plus bas : « Tu vas mourir ; abrège tes souffrances, arrête ton cœur, frappe dessus. » Je fis un effort surhumain, allongeai la manche droite de ma camisole et me frappai sur le cœur. Le cœur sembla s'arrêter...

« J'entendais à nouveau les trois voix, cerveau, cervelle et cervelet ; ils me dirent avoir vaincu le serpent. Comme j'étais plus calme, on me permit de voir ma femme. Pendant qu'elle me causait, j'entendais toujours les voix qui demandaient que je mange les friandises qu'elle m'apportait. Cela dura du 1^{er} au 15 septembre, date où, sur la promesse de mes voix de me laisser tranquille, je demandai à ma femme de m'emmener. (Dans la période du 1^{er} au 15 septembre, poussé par mes voix, je me livrai à des attouchements sur une infirmière. J'entendais dans ma tête cette phrase, nuit et jour : « Nous voulons Marie, nous voulons Marie ». Je résistais et essayais simplement d'embrasser cette infirmière ; elle me repoussa et me mit la camisole de force.)

« Confiant dans la promesse d'être tranquille après cette tentative, je quittai la maison de santé le 15 septembre. Sitôt dans le taxi, les voix recommencèrent et me dirent que ma femme m'avait trompé. En arrivant chez moi, je gifflai ma femme et aussitôt, regrettant mon acte, je lui demandai pardon. J'eus des idées de grandeur, ne voulant sortir qu'en taxi, voulant aller au théâtre en prenant les meilleures places. Non seulement je n'étais pas guéri, mais les voix me causaient de plus belle.

« Dans la première semaine d'octobre, on me fit une première piqûre d'arséno-benzol ; on m'en fit une seconde, mais j'allais en empirant. Je fis des rêves atroces dans les rares moments de sommeil. Quand je ne dormais pas, j'entendais toujours les trois voix qui me menaçaient de me tuer. Une nuit, j'entendis le cerveau qui disait à haute voix qu'il m'avait ouvert le ventre pendant que je dormais et qu'il m'avait inoculé des bacilles syphilitiques ; que, quand je me réveillerais, je serais fou furieux, que je casserais tout chez moi et que je tuerais ma femme. Je veillais, refusant de m'endormir.

« Les voix reprenaient de plus belle pour me dire : « La mort approche. » Je vis la Mort ; mes yeux, qui ne m'avaient

jamais parlé, entrèrent dans la conversation ; ils me dirent : « Emile T..., tu as regardé la mort en face, nous te ferons un dernier plaisir ; nous ne nous fermerons pas, tu seras enterré avec tes yeux bleus ouverts. » Je sentis comme un engourdissement. J'eus la sensation que mon ventre gonflait ; j'étais froid. Je restai dans cet état un temps assez long. Au jour, j'annonçai à ma femme que j'étais mort et qu'il fallait qu'elle prévienne ma famille. Je lui demandai un cercueil en verre.

« Ma famille, c'est-à-dire ma mère, ma sœur et mon beau-frère, arrivèrent. Je dis à ma sœur que tout mon sang était au pied de mon lit, puis, soudainement, j'entendis les voix qui me dirent : « Tu n'as pas fait de testament ; donne toute ta fortune à ta mère, à ta sœur. » Je résistai, mais les voix insistant, je me décidai à dire : « Je suis mort, mais je vais aller chercher du papier timbré. » Je me levai en titubant et je descendis en chemise de nuit, pieds nus, sans caleçon, jusqu'à un débit de tabac voisin de mon domicile. Des agents, aidés de ma mère et de ma femme, me remontèrent chez moi. Je me remis au lit et commençai à insulter ma femme et ma mère parce qu'elles n'avaient pas encore commandé mon cercueil et parce qu'elles ne m'avaient pas encore habillé. Pris de fureur, je frappai ma mère, je frappai ma sœur. J'étais furieux. »

Interné de nouveau, « je restai, écrit-il, quatorze jours sans manger, ne buvant que de l'eau et me croyant toujours mort. Je vis mes amygdales me tomber dans l'estomac. Je ne croyais subsister que parce que mon cerveau me disait ne pas être mort. J'eus encore des hallucinations terrifiantes : je me vis arracher la langue, je vis ma langue me passer à travers les joues, à travers le front, j'eus l'illusion d'avoir deux mâchoires. Je sentis mon squelette se broyer, ma cage thoracique se rétrécir à un point que les pointes de mes côtes touchaient ma colonne vertébrale..... Je me suis senti disloqué et mon cerveau déclara que j'étais un grand acrobate..... J'ai senti mon cœur me tomber dans le ventre ; un petit bonhomme haut de 20 cm., vêtu de noir, m'a fouillé les intestins pour le retirer..... ».

Au cours de ce second internement, un traitement arsenical avait été repris et une amélioration se manifesta. L'idée qu'il était mort disparut et deux voix sur trois le quittèrent ; il prit vaguement conscience de son état, mais l'obsession hallucinatoire s'intensifia : nuit et jour, son cerveau lui répétait de faire un testament en faveur de sa mère et de sa sœur ; « j'étais obsédé à un tel point, dit-il, que malgré la surveillance je me cognais parfois la tête con-

tre le mur ». En avril 1922, le traitement terminé, il quitta la maison de santé bien que la voix continuât, mais plus doucement, son antienne.

Chez lui, l'amélioration s'accroît ; depuis quelque temps, il était conscient de la nature pathologique de ses troubles, encore qu'une voix, ayant les caractères de l'hallucination psychique, lui parlât toujours dans la tête, l'excitant contre sa femme. « Mais je dissimulais », dit-il ; au moment des paroxysmes, il s'en allait au bord de la Seine, et, en marchant, criait et se disputait avec son cerveau. Cela le soulageait ; s'il venait quelqu'un, il se taisait. Parfois, il se frappait violemment. Dans le même temps, il avait d'autres impulsions, — telles que se jeter à l'eau ou sous un autobus, ou encore étrangler sa femme. Il n'y eut, du reste, jamais même une ébauche d'acte.

Sur ces entrefaites, il reçut une lettre de menaces de son neveu qui lui réclamait de l'argent et une lettre de sa mère, lui annonçant — ce qui, ajoute-t-il, était faux — que celle-ci était malade. Il eut à cette occasion une violente crise d'angoisse et la voix se fit entendre à nouveau, le menaçant de le rendre fou furieux, de lui faire tuer sa femme puisqu'il ne donnait pas son argent à sa famille. Redoutant de céder à son impulsion, il se décida à demander son admission dans le Service libre de Sainte-Anne.

Le 10 juillet, à son entrée, on note l'existence d'hallucinations auditives communes unilatérales et conscientes : chants d'oiseaux continuels dans l'oreille gauche, qui persistent jusqu'au début de novembre ; l'examen pratiqué par le Dr M. Vincent révèle : « Labyrinthe normal. Acouphènes d'origine circulatoire. Congestion des muqueuses nasales ». Les hallucinations psychiques ont diminué d'intensité ; ce sont maintenant, explique-t-il, des idées, non plus des voix, qui lui passent dans la tête : « Je te ferai interner.... Je suis le petit tigre et je serai plus fort que le médecin ; tu ne guériras pas... », mais il sait que c'est lui qui le pense. Parfois, cependant, une voix lui parle encore dans la tête, mais faiblement, et il est toujours en lutte contre son cerveau. Souvent, aussi, l'idée lui vient d'étrangler sa femme ; il éprouve alors une grande angoisse et se frappe la tête à coups de poings : c'est plus fort que lui. De même, lorsqu'il pense à sa mère, une boule lui remonte de l'estomac dans la gorge et « il se met en rage ».

Au demeurant, il a conscience de la nature pathologique des divers troubles qu'il a présentés et demande qu'on l'en guérisse complètement. Il n'y a pas de diminution psychique ; l'attention, les associations d'idées, le jugement ne

sont pas affaiblis ; la mémoire sous toutes ses formes est normale et, notamment, les souvenirs concernant la période délirante sont précis : il fait de vive voix et complète à diverses reprises le récit qu'il a écrit d'autre part.

L'examen somatique ne révèle aucune particularité notable ; il n'y a pas de signe de localisation cérébrale ni de dysarthrie ; l'appareil visuel et les réflexes pupillaires sont normaux (D^r Darrieu) ; les réflexes cutanés et tendineux ne sont pas modifiés.

L'examen des divers appareils en montre l'intégrité fonctionnelle : les épreuves de Roch, de la glycosurie alimentaire, de la phénolsulfonephtaléine (42 p. 100) sont négatives ; il n'y a pas d'albuminurie ; l'azotémie, la constante d'Ambard sont normales. On trouve une légère hypercholestérolémie (2 gr. 04 p. 1.000 par la méthode colorimétrique de Grigaut). Le malade se congestionne facilement ; sudation fréquente, surtout au niveau des extrémités. La tension artérielle est de Mn 8 1/2 — Mx 13 à l'oscillomètre de Pachon muni du brassard de Gallavardin (1). Pouls : 60. Le réflexe oculo-cardiaque est tantôt normal (chute du pouls de 60 à 52), tantôt un peu exagéré. T... réagit assez vivement à l'injection d'un centigramme de pilocarpine ; l'adrénaline ne provoque aucune réaction.

Un traitement spécifique est institué : sulfarsénol à petites doses en injections sous-cutanées (deux séries de 6 gr.) suivies de 12 injections de benzoate de mercure (0,02 cgr. par jour).

Syndrome humoral. — Le malade nous a communiqué le résultat d'une première ponction lombaire faite en 1921 : 0 gr. 65 d'albumine ; 43 leucocytes (41 lymphocytes, 2 mononucléaires) ; réaction de Vernes positive (T_v), négative dans le sérum (T_s).

Le 23 février 1922, la réaction de Vernes est négative dans le sang, positive dans le liquide céphalo-rachidien (densité optique : 0,90).

Trois examens ont été faits par nous (2) : à l'entrée dans

(1) Il semble que ce brassard abaisse le chiffre donné, surtout pour la tension systolique (avec le brassard antibrachial habituel nous avons trouvé au même moment : Mn 9 — Mx 16). Ce résultat se rapproche de ceux que donne la méthode auscultatoire.

(2) La réaction de fixation a été pratiquée par notre collègue, M. Mutermilch, pour le sang par la méthode de Bauer-Hecht avec détermination de l'index hémolytique, pour le L. C. R. avec des quantités croissantes de liquide, l'alexine étant fournie par un sérum humain négatif. La numération des leucocytes a été faite au moyen de

le service, après la première série de sulfarsénol, à la fin du traitement.

Dates	B.-W. sérum	B.-W. L. C. R.	Leuco.	Alb.	Glob.	R. él. par.	R. benjoin	Tension
15 juill.	0 léger retard à l'hémol.	+++ (0 ^{cc} 5)	6	0,40	+ ?	++	11100320000000	»
28 juill.	+	»	»	»	»	»	»	»
20 sept.	0	+++ (0 ^{cc} 5)	6	0,38	+	0	11100222200000	53 ^{cm}
25 nov. (1)	+	+++ (0 ^{cc} 1)	4,6	0,40	++	++	121002222100000	33 ^{cm}

Dans le service, une amélioration lente et progressive a pu être constatée. Au cours des premiers mois, les paroxysmes obsédants et les phénomènes hallucinatoires s'atténuèrent légèrement et s'espacèrent. Ceux-ci ne s'observent plus guère que la nuit, pendant les moments d'insomnie, ou sous la forme d'hallucinations hypnagogiques, plus fréquentes le soir qu'au réveil ; presque tous sont liés aux obsessions ou encore aux préoccupations que causent à T... son état et, le plus souvent, on trouve à la base une cause toxique accidentelle (crise légère de coliques néphrétiques, constipation, abus d'hypnotiques, etc.). Voici quelques exemples pris dans nos notes :

Le 27 septembre, T... se couche à 9 heures du soir, ferme les yeux et voit défiler « des personnages grotesques, bariolés, de petite taille ». Un peu plus tard « vision de petits

la cellule de Nageotte, le dosage de l'albumine au rachi-albuminimètre de Sicard et Cantaloube ; les globulines ont été caractérisées par la réaction de Pandy. La notation de la réaction de l'élixir parégorique est celle que nous avons indiquée à la *Société de biologie* (7 janvier 1922) : précipitation totale +++, précipitation partielle ++, précipitation faible +. Celle de la réaction de Guillain, Laroche et Léchelle est la notation que nous avons proposée à la *Société clinique de Médecine mentale* (mars 1921) ; elle correspond aux courbes des auteurs.

(1) On remarquera une légère réactivation de certains éléments (réactions du benjoin, de Pandy, de B.-W.) qui va de pair avec une recrudescence de quelques signes cliniques : céphalée, craintes de mort prochaine, hallucinations auditives et de la sensibilité générale. Peut-être faut-il incriminer le traitement mercuriel ?

ouvriers maçons démolissant un mur sur lequel est écrit : *Amour pour ta femme*. Sensation d'effondrement de moi-même. Ma femme, à laquelle je pense, m'apparaît dans un lointain... J'éprouve une sensation bizarre de lutte dans ma tête, j'entends ces mots : *ne l'aime plus, — l'aime encore*. Après quelques luttes, les mots : *l'aime encore* restent ».

Dans la nuit, il s'éveille, entendant une voix qui lui dit : « je me moque du sulfarsénol. Il me fait du bien dans ma lutte contre toi. Tu ne te débarrasseras jamais de moi. Je te fais la guerre au nom de ta mère et de ta sœur ; je lutte contre ta femme, cette intrigante, qui t'a détaché des tiens. » Il entend encore « quelques imprécations contre sa femme » et s'endort.

Le lendemain, avant de se coucher, il éprouve des coliques. Au lit, il entend dans sa tête les mots anglais « Bowels obstruction » (occlusion intestinale) et s'assoupit en voyant « passer quelques individus de petite taille qui se colletent dans le vague, puis un Pierrot habillé de blanc, avec une figure hilare et fardée de rouge ». Il entend encore quelques murmures incompréhensibles.

Un matin, il est éveillé par une voix qui lui dit : « Emile, tu donneras ton argent à ta mère. »

Les impulsions à étrangler sa femme ont à peu près disparu. Par contre, il a, assez fréquemment, le matin surtout, « la vision de sa mère » accompagnée d'une angoisse vive, de « serrement au cœur » et il est pris d'une sorte de rage qui le pousse irrésistiblement à injurier sa famille ; parfois, il se frappe violemment la tête. Ensuite, il est soulagé.

Ces troubles se sont atténués peu à peu. Maintenant, il a surtout des « idées » (il ne guérira pas, il va mourir) contre lesquelles il lutte, des sensations d'angoisse, de malaise « comme s'il allait lui arriver quelque chose », quelques « crises de rage » en pensant à sa famille. Cependant il y a quelques jours, chez lui, en se couchant, il a vu se dessiner les mots « le drame est arrivé », suivis de la vision de sa mère lui conseillant d'étrangler sa femme ; mais ces paroxysmes sont devenus rares, l'angoisse concomitante est moins intense et la lutte moins pénible.

Différentes particularités de cette observation méritent d'être relevées. Tout d'abord, la longue latence d'une syphilis à peine traitée qui a abouti, après 23 ans, à des accidents cérébraux ne dépendant ni de la maladie de Bayle, ni du tabes, ni de lésion en foyer

décelable. Seule la toxi-infection syphilitique paraît en jeu. Quant au rôle possible de l'alcoolisme dans la genèse de la psychopathie, il apparaît secondaire en raison de la longue durée du délire (sept mois), du syndrome humoral et de l'influence de la thérapeutique spécifique. Il s'agit d'une psychose syphilitique tardive, d'une *forme mentale* de la syphilis (Fournier), affectant un aspect clinique peu fréquent. L'un de nous a observé chez une femme, dans des conditions analogues, un syndrome de mélancolie anxieuse hallucinatoire, qui fut suivi d'un état d'hallucinoïse, avec hallucinations psychiques nombreuses, sans réactions délirantes surajoutées (1).

Nous indiquerons, en outre, l'utilité que présentent les réactions humorales, d'une part pour le diagnostic en l'absence de symptômes somatiques, d'autre part pour le contrôle du traitement et l'intérêt qu'il y a, dans les faits de ce genre, à ne pas se contenter de l'examen du sang. Dans le cas présent, les modifications du liquide céphalo-rachidien et les symptômes cliniques ont eu une évolution assez sensiblement parallèle.

D'autre part, l'absence de confusion mentale associée au délire, du moins de confusion primitive, est établie par la précision des souvenirs concernant la période onirique ; il n'y a pas d'amnésie lacunaire pour les éléments du délire, ni pour les événements concomitants. L'existence de tels faits est aujourd'hui démontrée et l'un de nous, avec M. Lwoff, en a rapporté un cas chez un paralytique général. Nous nous bornons à mentionner ce nouvel exemple, en faisant remarquer, toutefois, la parenté qu'il présente, bien qu'il ne soit pas « idiopathique », avec la psychose hallucinatoire aiguë (Esquirol, Séglas, Farnarier), que M. Chaslin considère, du reste, comme une forme limite du délire de rêve.

Nous signalerons, par ailleurs, la richesse documentaire de cette observation qui résume presque tout le chapitre des hallucinations : hallucinations vraies multisensorielles (y compris le tact, le sens musculaire, la

(1) Cette malade, qui était sortie de l'asile après guérison de l'épisode aigu, refusa de rentrer, même dans le service libre, et fut perdue de vue.

cénesthésie) et hallucinations psychiques : hallucinations psycho-motrices et auditivo-motrices de Ségla, auto-représentations aperceptives de Petit, représentations mentales (hallucinations représentatives de Régis) ; hallucinations autoscopiques (vision de son double, de ses organes, de son squelette, de son cadavre avec sensations de transformation corporelle), cinématographiques de Régis, lilliputiennes de Leroy (avec une mention pour l'hallucination lilliputienne symbolique présentée par T... : vision de petits maçons démolissant le mur de son amour conjugal) ; hallucinations hypnagogiques ; hallucinations bilatérales et unilatérales ; élémentaires, communes et verbales ; isolées, associées ou combinées ; hallucinations obsédantes, obsession hallucinatoire et hallucinations impératives. On constate, du reste, dans ces phénomènes, l'empreinte marquée de nombreuses réminiscences confirmant le rôle, invoqué par Baillarger, de la mémoire dans le mécanisme des hallucinations. De plus, on relève dans le délire, avec sa richesse symbolique, la combinaison des hallucinations et du rêve, l'adjonction manifeste d'éléments interprétatifs et imaginatifs nombreux complétant les troubles psycho-sensoriels et aussi l'imprécision de certains de ceux-ci, au moins dans l'intervalle des paroxysmes.

Mais l'intérêt de ce cas est moins dans l'accumulation et le mode d'association des éléments sémiologiques que dans leur filiation : aux hallucinations vraies du début ont succédé des hallucinations psychiques, qui ont progressivement perdu de leur intensité jusqu'à ne plus être que de simples représentations mentales vives ; certaines, cependant, ont conservé des caractères précis d'objectivité spatiale, mais sous la forme hypnagogique et elles sont conscientes. D'autre part, les hallucinations, qui étaient l'élément primitif du délire onirique, se sont trouvées ensuite orientées par l'idée obsédante, puis subordonnées à elle (obsession hallucinatoire).

C'est l'étude de cet état obsédant qui nous semble constituer l'intérêt principal de cette observation. Il présente ce caractère de l'obsession acquise, signalé par

Morselli et admis par M. Séglas, d'être constamment uniforme. D'autre part, il est né au cours du délire hallucinatoire dont il a fait partie, et le malade en indique avec netteté la date et le mode de début ; il apparaît maintenant comme une sorte de séquelle de ce délire, en tout point comparable à l'idée fixe post-onirique, et réalisant une véritable obsession post-onirique. Toutefois, en cherchant dans le passé de T..., on trouve quelques phénomènes analogues, mais rares et peu accentués, et, si l'on ne peut proprement parler ici d'obsession constitutionnelle, il semble cependant que l'on doive ranger ce malade dans les cas intermédiaires décrits par M. Séglas. On retrouve d'ailleurs le fondement de l'état morbide actuel dans le doute obsédant concernant son amour conjugal et les préoccupations que causaient à notre malade les rivalités se manifestant autour de sa fortune, rivalités auxquelles une aboulie qui le laissait osciller entre les deux influences l'empêchait de mettre un terme. Il existe à présent en lui l'impression clairement exprimée, reliquat du délire de rêve, d'une scission de sa personnalité, d'une sorte d'élément étranger dans sa conscience, traduisant simplement, d'ailleurs, la juxtaposition de deux tendances émotionnelles antagonistes. Certaines de ses expressions sont à cet égard caractéristiques : « Je suis constamment en lutte avec mon cerveau... Dans ma tête, ma sœur est la victime ; pourtant c'est une canaille, et j'ai cette rancune contre ma femme quand je sais bien qu'il n'y a rien à lui reprocher. » Une autre fois, il nous explique que depuis qu'il a fait un testament en faveur de sa femme, il a toujours eu des douleurs, a toujours été malade : « J'en conclus, dit-il, que mon cerveau est contre moi. » Il tend à considérer son cerveau comme une véritable personnalité autonome n'ayant pas la même opinion que lui. T... a d'ailleurs conscience de la nature pathologique de son état : son cerveau est malade et il espère que la guérison de la syphilis fera disparaître cet antagonisme. Il n'y a, malgré l'impression de dédoublement de la personnalité, les hallucinations psychiques, les phénomènes d'automatisme, aucune ébauche de délire d'influence.

Au point de vue nosologique, c'est, semble-t-il, parmi les obsessions-impulsions (impulsions intellectuelles de Ball) qu'il convient de ranger les symptômes éprouvés par ce malade. Il s'agit d'obsession *par contraste*. Quant au pronostic, il paraît relativement favorable et une amélioration sensible s'est déjà produite.

Enfin, l'état organique, chez ce malade, nous paraît mériter une mention. Les grands appareils sont normaux, mais il existe un certain degré d'hypercholestérimie ; d'autre part, il s'agit d'un vagotonique (sudation facile, tendance à la bradycardie et à l'exagération du réflexe d'Aschner, épreuves de la pilocarpine positive, de l'adrénaline négative, etc.). Le déséquilibre du système neuro-végétatif est la règle dans les états de cet ordre (dépression simple, psychasthénie, obsessions, constitution émotive, etc.) de même que dans les accès anxieux et maniaques (Santenoise), mais il nous a paru que l'hypertonie parasympathique, pure ou associée à des symptômes de la série sympathique, y était prédominante. De plus, la coexistence d'un léger excès de cholestérine sanguine chez cet homme, qui n'est *actuellement* ni un brightique, ni un hépatique, ni un artério-scléreux, ne nous semble pas absolument fortuite, car nous avons fait la même constatation chez d'autres psychasthéniques, même très jeunes. Nous nous bornons ici à signaler ces faits sans préjuger du résultat des recherches que nous avons entreprises, en rappelant simplement, à propos de l'hypercholestérimie, que M. J. Lépine rattache les obsessions à « l'arthritisme », au même titre que la neurasthénie et la mélancolie et que M. Chaslin, qui a dès longtemps insisté sur l'importance des auto-intoxications dans les troubles délirants, admet tous les intermédiaires entre les états confusionnels et les manifestations de la série neurasthénique.

En résumé, la syphilis cérébrale apparaît dans ce cas comme la cause essentielle d'un délire onirique paraissant indépendant de toute confusion primitive. Ce délire, que caractérisait un état hallucinatoire intense, a été marqué par des phénomènes de « dédoublement » et de transformation de la personnalité physique et psychique, des hallucinations psychiques, quelques hal-

lucinations obsédantes. Dans le cours de son évolution, greffé sur un fond d'aboulie et d'émotivité lié à des préoccupations et à des doutes antérieurs, est apparu un état d'obsession hallucinatoire, devenu ensuite conscient et se continuant, après guérison du délire, sous la forme d'un état obsédant, véritable psychopathie post-onirique. Il faut retenir, en outre, avec la prédisposition, les symptômes de vagotonie et d'hypercholestérinémie qui ont été constatés chez ce malade.

(*Service de Prophylaxie mentale de l'asile Ste-Anne. Dr Toulouse*).

DISCUSSION

M. ARNAUD. — Pourquoi parlez-vous chez ce malade de psychopathie syphilitique et non pas de psychopathie chez un syphilitique ? Voyez-vous dans la physiologie clinique de ce cas quelque chose qui nous permette de faire intervenir directement la syphilis et de la considérer comme la cause essentielle de ces obsessions ? Il m'a semblé que cet accès délirant ne différerait en rien de ceux qu'on observe chez les obsédés.

M. H. COLIN. — Je partage entièrement l'avis de M. Arnaud. J'ai signalé ici-même avec un de mes internes la valeur émotionnelle des maladies vénériennes dans l'étiologie et l'évolution des psychoses. Nos malades ne différaient pas sensiblement du malade de M. Targowla. Or, certains d'entre eux étaient atteints de maladies vénériennes, d'autres n'avaient pas la syphilis mais craignaient de l'avoir. Dira-t-on dans ce dernier cas qu'il s'agit de psychoses syphilitiques ?

M. MARCHAND. — Il serait intéressant de suivre ce malade pendant plusieurs années. Il a été d'abord nettement amélioré par le traitement arsenical ; puis au cours même d'un traitement mercuriel ses troubles psychopathiques sont réapparus. On peut se demander si plus tard ce sujet ne fera pas de la paralysie générale, en tenant compte que l'on a déjà constaté de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. On peut observer des syphilitiques qui pendant longtemps, avant l'apparition des signes organiques de la paralysie générale, présentent des hallucinations obsédantes plus

ou moins conscientes qui surviennent par bouffées. L'évolution seule permet un diagnostic certain.

M. PIÉRON. — Je crois qu'il faut être très prudent en matière de « dissociation de la personnalité ». Dans le cas rapporté, il me semble qu'il existe simplement des faits de conflit intérieur qui sont normaux, mais qui sont l'objet chez un obsédé de préoccupations délirantes. Par exemple, quand le malade déclare qu'il a de la rancune contre sa femme alors qu'il n'a aucune raison de lui en vouloir, il constate une opposition — de caractère assez banal — entre les sentiments et les jugements intellectuels ; s'il y accorde une importance particulière, c'est qu'il est obsédé.

M. TARGOWLA. — Je répondrai à M. Arnaud que le réveil de la syphilis a été marqué chez notre malade par l'apparition d'une ulcération linguale, suivie d'accidents nerveux divers (diplopie, aphasie passagère, céphalée, etc.), au cours desquels, apparemment déclenché par le traitement, est survenu le délire onirique, immédiatement précédé, d'ailleurs, par quelques troubles délirants précurseurs. En outre, le syndrome humoral de la neuro-syphilis existait au complet et le traitement spécifique a modifié simultanément l'état délirant et les réactions du liquide C.-R.

D'autre part, l'état obsédant, simple épisode du délire de rêve à l'origine, lui a survécu, mais associé encore à un éréthisme psycho-sensoriel, reliquat de la période hallucinatoire, qui se manifeste sous l'influence d'intoxications minimales mais reste parallèle aux réactions biologiques résiduelles. Sans doute, l'obsession actuelle n'est que l'amplification et la déformation pathologiques, tardivement apparues, de l'état antérieur, mais le délire en est manifestement la cause déterminante. Il s'agit d'une obsession accidentelle survenue à l'occasion d'un processus toxi-infectieux grave chez un prédisposé, mais non d'une obsession constitutionnelle proprement dite. C'est en fouillant soigneusement les antécédents du malade que nous avons pu noter la suggestibilité, une ébauche de folie du doute, des manifestations de nature obsédante et impulsive chez un individu par ailleurs énergique et en apparence assez bien équilibré.

Nous nous proposons de présenter le malade à la Société Médico-psychologique ; mais depuis deux jours il a de nouveau des maux de tête, des hallucinations, des idées délirantes concomitantes d'une véritable réactivation des réactions humorales qui semble devoir être imputée au traitement hydrargyrique. Il y a là un nouveau chaînon rattachant l'état psychopathique à la syphilis. Nous noterons toutefois que ce dernier épisode s'accompagne d'urobilinurie (1).

A M. Marchand, je dirai que le malade ne présente actuellement aucun signe physique ou psychique de P. G. De plus, les réactions du L. C.-R., en particulier les réactions colloïdales, la lymphocytose, le B.-W. n'ont pas les caractères paralytiques, et leur modification par le traitement n'est pas en faveur d'une évolution vers la maladie de Bayle.

En ce qui concerne l'observation de M. Piéron, je me suis probablement mal exprimé dans mon exposé ; nous partageons l'opinion de M. Piéron et, dans le texte de la communication, nous avons écrit « *l'impression* de dissociation de la personnalité », faisant allusion aux impressions subjectives du malade qui attribue à son cerveau une sorte d'individualité.

Enfin, je ferai remarquer à M. Colin que, dans ce cas, les accidents cérébraux de la toxi-infection syphilitique ont déclenché les troubles mentaux chez ce prédisposé, qui n'est pas un syphilophobe.

M. TOULOUSE. — Je savais d'avance qu'on demanderait à M. Targowla et Mlle Pezé pourquoi ils parlent, chez ce malade de mon service, de maladie syphilitique. Ce n'est évidemment qu'une hypothèse, mais s'il y a des cas où cette hypothèse peut être défendue, c'est bien celui-ci ; il serait difficile d'en trouver un plus précis. On demande en quoi les obsessions de ce malade diffèrent d'obsessions d'un autre ordre. Mais en rien, si l'on ne considère que leur forme.

(1) Depuis cette communication, l'état délirant et l'urobilinurie ont disparu mais l'obsession, idéative et hallucinatoire, a repris une certaine intensité et s'accompagne de céphalée et d'une sorte de malaise général. On remarquera que cette recrudescence obsédante fait suite à un léger paroxysme délirant, reproduisant en quelques sorte en petit l'évolution antérieure.

N'est-ce pas une loi générale en psychiatrie que des causes différentes produisent les mêmes effets ? Nombre d'intoxications, par exemple, ne provoquent-elles pas des accidents mentaux identiques à ceux de l'alcoolisme ? N'oublions pas également la remarque de Falret qui, le jour où je communiquai ici une étude sur les causes de la folie, fit observer que les conditions des maladies mentales sont presque toujours complexes et nombreuses. Sans les examens de laboratoire, ce malade eût été considéré comme un simple constitutionnel alors que la syphilis jouait vraisemblablement le rôle capital.

Le secret professionnel en matière d'aliénation mentale dans la pratique du service libre

Par Roger DUPOUY

Devons-nous considérer comme une violation du secret professionnel le fait que nous nous servons des déclarations consenties à nous, médecins, dans notre cabinet, par un aliéné venu nous consulter directement et seul, pour rédiger un certificat concluant à son internement d'office ?

Pour faciliter la discussion, voici, tel qu'il s'est offert dernièrement à nous, un cas concret.

G. Br., âgé de 31 ans, employé dans une Administration privée, se présente un matin à la Consultation du Dispensaire de Prophylaxie Mentale. Il ne se prétend nullement malade, mais vient nous voir d'après l'avis de son administration pour nous demander conseil sur ce qui lui arrive. Depuis plus de deux ans déjà, il remarque qu'il est l'objet, à son bureau, dans la rue, et même à son propre domicile, de gestes qu'il ne comprend pas ; tous, camarades, étrangers, parents, font devant lui le « signe à l'oreille » ou le « signe à la braguette ». Il ne s'explique pas le premier et souffre de ne point en connaître la portée. En revanche, il comprend parfaitement ce que signifie le second et l'insinuation qu'il comporte : on le suspecte d'être un pédéraste parce qu'il a fait autrefois son temps de service militaire dans la marine et qu'on a coutume de prêter de pareilles mœurs aux équi-

pages de la flotte. Le signe à la braguette est caractéristique : C'est un appel à la pédérastie.

Il est convaincu que les gestes qu'il surprend ainsi partout où il se trouve s'adressent exclusivement à sa personne. Il a demandé à ce sujet, et sur un ton plutôt vif, des explications à ses collègues et se déclare disposé à frapper s'ils persistent.

Il s'est aperçu, d'autre part, que sa femme faisait le même geste à l'oreille que les autres. Il est donc sûr qu'elle est au courant et qu'elle sait... Il a eu avec elle des scènes violentes et nous explique ainsi l'emportement qu'il éprouve vis-à-vis d'elle : « C'est honteux de faire souffrir un homme comme elle le fait : *elle a le mot de l'énigme.* »

Il reconnaît s'être également mis en colère contre son beau-frère, se sentant hors de lui en voyant « le sourire ironique » avec lequel il le regardait.

Enfin il se déclare incapable de travailler pour ces raisons et poussé à réagir violemment contre tous ceux « qui font le geste ».

Nous avons nettement l'impression de nous trouver en présence d'un aliéné, délirant interpréteur plus ou moins méconnu de l'entourage et de la famille, à réactions dangereuses ; mais nous ne possédons aucun renseignement confirmatif de notre diagnostic.

Hésitant à le retenir d'emblée à l'asile, nous le laissons partir sur la promesse de nous adresser, dès le lendemain, sa femme à qui nous comptons exposer la situation et proposer la mesure de l'internement volontaire.

Puis, désireux d'obtenir de toute urgence des renseignements sur le malade, nous téléphonons à la Préfecture où nous apprenons que G. Br. est sous le coup d'une plainte pour menaces et violences, et qu'il est l'objet d'un certificat d'aliénation mentale fait à son insu au siège de l'administration privée à laquelle il appartient, mais dont les conclusions ne permettraient qu'un placement volontaire. Il a, en effet, menacé de mort sa femme et frappé brutalement son enfant âgé de 2 ans.

Notre diagnostic immédiat se trouve ainsi pleinement confirmé. Nous n'hésitons plus, sur l'invitation qui nous est formulée de la Préfecture, à libeller un

certificat à fin d'internement d'office et à l'adresser au Préfet qui fit exécuter le placement dès réception.

La violation du secret professionnel en pareilles conditions ne paraît point douteuse : Nous divulguons à un tiers les confidences qu'un malade nous a faites et nous abusons, semble-t-il, de sa confiance pour faire prendre contre lui une mesure coercitive. Nous estimons cependant notre conduite parfaitement légale.

L'article 8 de la loi de 1838 oblige le médecin de l'aliéné dont le placement volontaire est sollicité d'indiquer dans le certificat qui sera adressé à l'administration préfectorale et au Parquet, « les particularités de sa maladie ». Ce serait déjà là une violation légale du secret professionnel.

En ce qui concerne les placements d'office, l'article 19 donne aux commissaires de police à Paris et aux maires dans les autres communes le pouvoir d'ordonner toutes les mesures provisoires nécessaires à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale en cas de danger imminent attesté par le certificat d'un médecin. La loi reconnaît donc à ce dernier le droit, nous dirons même le devoir, de dénoncer à l'autorité préfectorale ou municipale le cas d'un malade « dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes ».

Cette violation du secret professionnel est d'ailleurs prévue par la loi. L'article 378 du Code Pénal spécifie nettement que seront punis « les médecins... et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, *hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, auront révélé ces secrets... ». Différents arrêts précisent les conditions dans lesquelles les médecins sont ainsi relevés du secret professionnel, « dans la mesure nécessaire aux communications qu'ils doivent adresser à l'autorité publique » et concluent à étendre l'obligation du secret médical « aux représentants de l'autorité ou aux auxiliaires et confidents nécessaires de ces représentants ».

Le certificat que nous expédions d'urgence au commissaire de police dans le but d'obtenir, en exécution de l'article 19 de la loi de 1838, le placement d'office du malade que nous venons d'examiner et que nous

considérons comme un aliéné immédiatement dangereux, est donc parfaitement légal. Mais avons-nous le droit de le maintenir malgré lui dans le service jusqu'à transmission du réquisitoire signé du commissaire ? Nous le pensons aussi et serions heureux d'avoir sur ce point l'assentiment de nos collègues de la Société Médico-psychologique.

DISCUSSION

M. M. BRIAND. — La fin de la communication de M. Dupouy comporte la réponse à la question qu'il nous pose. Il a très sagement agi en informant le Préfet de police du danger couru par la personne qui fait l'objet des impulsions de l'aliéné dont il vient de nous parler. Le Préfet en effet est, comme le médecin, et d'autres personnalités encore, tenu au secret.

Lorsque la Société de Médecine légale discutait la question du secret professionnel, un membre cita le cas d'une personne qui se trouvait dans son cabinet et l'informait du projet de commettre un meurtre. Notre collègue téléphona au Préfet de Police, qui fit immédiatement arrêter l'aliéné, lequel fut aussitôt conduit à l'Infirmerie du Dépôt et interné.

D'autre part, point n'est besoin de conventions spéciales entre le service ouvert de prophylaxie et la Préfecture de Police. La question est, depuis longtemps, réglée en ce qui concerne les hôpitaux ordinaires. Lorsqu'un malade présentant des troubles mentaux, est susceptible de devenir dangereux pour l'ordre public, la sûreté des personnes ou sa propre sécurité, le directeur de l'hôpital informe le Commissaire de Police qui rend une ordonnance aux fins d'internement ; celle-ci est dans les vingt-quatre heures remplacée par un arrêté de placement pris par le Préfet de Police.

M. ANTREAUME. — J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Roger Dupouy sur la question de pratique médico-légale dont il vient de saisir la Société. Comme M. Briand, je crois qu'il a agi avec la plus entière correction et sans aucunement violer le secret professionnel en faisant connaître à l'autorité compétente la nécessité de prendre d'urgence des me-

sures de protection sociale à l'égard du malade atteint d'aliénation mentale qu'il venait de voir à sa consultation. Il avait le droit et le devoir de conserver ce malade estimé dangereux par lui médecin compétent, jusqu'à ce qu'une décision intervienne ; peut-être aurait-il pu, puisque la préfecture de police était au courant du cas dont il s'agissait et avait connaissance d'un certificat médical, se dispenser de faire un second certificat médical. En effet, le Préfet de police a toute qualité pour ordonner la collocation d'office même sans certificat médical (du moment qu'il y a urgence à intervenir) au sujet d'un malade dangereux pour l'ordre public et la sécurité d'autrui.

M. VALLON. — En retenant une personne dans le service ouvert jusqu'à ce que le Préfet de Police ait pris un arrêté d'internement sur le certificat que vous lui avez envoyé concernant cette personne, vous agissez un peu comme le médecin d'asile qui, sollicité par une famille de signer la mise en liberté d'un malade placé volontairement, qu'il considère comme dangereux, demande au Préfet la transformation du placement volontaire en placement d'office, et, en attendant la réponse, garde le malade malgré lui et malgré sa famille.

La situation du médecin consulté par un psychopathe qui, au cours de la consultation, se révèle comme dangereux, est très délicate. Mercredi dernier, j'ai reçu dans mon cabinet une femme atteinte de délire de persécution avec hallucinations de tous les sens sauf de la vue, toute prête pour des réactions dangereuses. Elle était seule et m'a déclaré n'avoir plus de famille. Que faire en présence d'une telle malade ? Envoyer un certificat à fin d'internement au Commissaire de Police en le priant de faire cueillir la malade à mon cabinet ? La solution, je l'avoue, me répugnait. Laisser partir la malade sans me soucier de ce qui pourrait arriver ? Ma conscience n'était pas satisfaite. Je ne pouvais pourtant pas remettre à cette persécutée un certificat lui permettant de se faire interner. Je me suis arrêté au parti suivant : J'ai représenté à la malade que le meilleur moyen de se mettre à l'abri de ses persécuteurs était d'entrer dans une maison de santé où elle serait protégée par les médecins et pourrait rétablir sa santé

troublée par ses persécuteurs. Elle a accepté ma proposition. Je lui ai indiqué une maison de santé ouverte. Elle m'a quitté en me promettant de s'y rendre. S'y est-elle rendue ? Je ne le sais pas.

M. TOULOUSE. — Nos scrupules au sujet du secret médical sont compréhensibles, car dans mon service on fait tous les jours ce que le médecin d'un hôpital ne fait que rarement dans le cours d'une année. Puis notre question vise le cas où le malade est seulement venu à la consultation et n'a pas été soumis à l'examen prolongé du service, ce qu'aucun médecin d'hôpital ne fait.

Je répondrai à M. Briand que, si nous avons envoyé un certificat à la Préfecture de Police, c'est à sa demande. Sans doute, la loi de 1838 confère au Préfet de Police le droit de placer à l'Asile un individu atteint d'aliénation mentale et dangereux (article 18). Mais il laisse généralement agir les commissaires de police qui ont qualité (art. 19) pour prendre les mesures provisoires nécessaires, en l'espèce l'envoi à l'Infirmerie spéciale. Or les commissaires de police, ayant une responsabilité personnelle, hésitent parfois à prendre ces mesures. C'est ainsi que des malades nous sont envoyés avant toute décision administrative et pour la motiver.

Nous désirions connaître votre avis sur la question pour le cas où elle serait posée par le parquet. Laissez-moi vous dire, à ce point de vue, que dans cette discussion on a mis en avant surtout des raisons de sentiment. Vous invoquez l'intérêt public, mais la loi ne nous fait pas juges de l'intérêt public. Voyez ce qui se passe dans d'autres cas. Rappelez-vous l'affaire Bastien-Lepage. Et pour la syphilis ? Quand vous connaissez le mariage prochain d'un syphilitique en pleine virulence, vous n'avez aucun moyen de l'empêcher et cependant n'y aurait-il pas un intérêt considérable à empêcher la contamination ? En réalité, chaque fois qu'un médecin tourne la loi pour des raisons semblables il risque d'être condamné. Il n'y a qu'une seule raison juridique qui motive la divulgation du secret professionnel en médecine mentale, c'est celle tirée de la loi de 1838. Un aliéné ne peut, sauf le cas d'urgence, être l'objet d'un placement dit volontaire que sur la présentation

d'un certificat médical. Et comme la demande de ce placement ne peut être faite que par un tiers, c'est à ce tiers que le médecin doit remettre son certificat.

M. VALLON. — Les faits cités par M. Toulouse n'ont rien à voir avec la question présente. Le médecin qui a été condamné pour avoir révélé la cause de la mort de son célèbre client avait fait cette révélation non à une administration tenue au secret comme la Préfecture de Police, mais à des journalistes, ce qui est bien différent.

Quant au monsieur atteint d'accidents syphilitiques qui déclare qu'il va se marier bien qu'averti du danger certain qu'il fait courir à sa femme, le médecin n'a aucune action contre lui par la raison bien simple qu'il n'existe aucune loi concernant le syphilitique, tandis qu'il existe une loi permettant de mettre les aliénés dangereux dans l'impossibilité de nuire.

Au fond, on peut toujours dire que nous, médecins aliénistes, nous violons constamment le secret professionnel puisque chaque fois que nous rédigeons un certificat concernant un psychopathe nous relatons forcément les confidences de celui-ci, car elles sont la principale manifestation de sa maladie.

M. ANTREAUME. — Je tiens à faire remarquer à notre président, M. Toulouse, que la loi de 1838 est une loi d'assistance et surtout de police qui donne au préfet de police à Paris et aux préfets dans les départements la charge de veiller à l'ordre public et à la sécurité des personnes en matière d'aliénation mentale quand il s'agit de malades justiciables de placement d'office. Cette situation place les malades mentaux ainsi visés dans une situation d'exception par rapport à tout ce qui se passe dans le domaine de la médecine courante car aucune disposition légale ne permet d'intervenir de pareille manière pour soigner d'office un malade atteint de syphilis par exemple ou d'une maladie infectieuse. J'estime qu'un médecin ne viole pas le secret professionnel quand, dans un cas d'urgence et dans la plénitude de son appréciation médicale compétente, il avertit le préfet de police à Paris ou le préfet dans un département du danger que peut faire courir à l'ordre public ou à la sécurité des personnes un aliéné dan-

gereux qui lui révèle ses troubles et qui se trouve à sa consultation. Le même médecin violerait à mon sens le secret professionnel si au lieu de s'adresser à l'autorité préfectorale dépositaire du droit exceptionnel de collocation que lui confère la loi de 38, il s'adressait à un magistrat ou à un fonctionnaire du contrôle de l'assistance des aliénés pour obtenir aide et assistance. Dans ma pratique personnelle et professionnelle, j'ai toujours eu recours directement au Préfet lorsqu'il s'est agi de cas d'espèce sinon similaires ou analogues à celui que rapporte M. Dupouy. Il peut arriver en effet dans une maison ouverte que la bonne foi du médecin soit surprise quand on lui conduit un malade en observation, ou bien qu'une famille veuille reprendre son malade sans vouloir entendre raison pour l'interner alors même qu'il est dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes. En pareil cas, un médecin traitant doit s'efforcer de faire pratiquer l'internement par placement volontaire d'abord et s'il ne peut y réussir il a le droit de prévenir le préfet ou son représentant légal, afin de mettre à l'abri sa conscience professionnelle et sa responsabilité. Je reconnais que ce sont là des cas d'espèce exceptionnels dont la solution est délicate, mais ce sont des cas qu'il faut connaître quand on veut préciser le mécanisme du fonctionnement d'un service ouvert.

M. Roger DUPOUY. — Autre chose est de faire transférer à l'asile un malade en traitement dans un service d'hôpital et de faire prendre à l'égard d'un consultant un arrêté immédiat d'internement. Dans le premier cas, le médecin possède sur un sujet déjà reconnu officiellement malade des renseignements de toute sorte, souvent de la famille, toujours du personnel de la salle où il est traité et de ses voisins de lit ; l'observation médicale est prise et nettement concluante, basée sur des faits exacts et dûment contrôlés. Dans le second, en présence d'un individu venu *seul* à la consultation, nous n'avons pour étayer notre demande de placement d'office que les éléments fournis par notre examen clinique et notre diagnostic personnel d'aliénation mentale à caractère dangereux ; nous ne possédons aucun renseignement, ne pouvons vérifier les assertions du malade, ne sommes saisi d'aucune

demande d'internement, risquons enfin qu'un membre quelconque de la famille, manquant de clairvoyance, mal conseillé au surplus, pouvant aussi, le cas n'est point rare, être lui-même un psychopathe et partager le délire de son parent, élève des protestations et nous attaque.

La situation est donc toute différente et autrement délicate au point de vue de la responsabilité professionnelle ; cependant la prophylaxie sociale à laquelle notre service s'est attaché nous commande d'agir comme nous disons, c'est-à-dire immédiatement, dès le diagnostic établi ; et au besoin sur des données exclusivement cliniques.

De même, la conversion d'un placement volontaire en placement d'office, comportant le maintien à l'asile d'un aliéné dont la sortie est réclamée jusqu'à décision du Préfet, n'est nullement comparable à la mesure à laquelle les circonstances peuvent nous contraindre ; car dans ce cas, non seulement le sujet est déjà hospitalisé, mais encore son état d'aliénation mentale est avéré, affirmé par tous ; seule peut être discutée l'opportunité de sa sortie ou la nécessité de sa maintenue en traitement ; le diagnostic, lui, est depuis longtemps assuré, sans aucune contestation possible.

M. TOULOUSE. — Je constate que sur la question posée ici l'opinion de nos collègues a été unanimement conforme à la nôtre ; et j'en suis heureux. Sans doute il est désagréable au médecin d'interner un malade qui vient se confier à lui et qu'il prive ainsi de sa liberté. Aussi notre préoccupation est d'éviter les internements, quand il y a un autre moyen d'assurer l'hospitalisation et la surveillance nécessaires à un individu atteint de troubles mentaux ; et c'est le but même du Service libre. Mais, lorsque l'internement s'impose, nous devons, en même temps que l'intérêt du malade, considérer la sécurité sociale. Nous ne pouvons pas, dans un service spécialisé de prophylaxie mentale, faire moins qu'un médecin d'un service hospitalier quelconque.

La séance est levée à 18 heures 30.

Le Secrétaire des Séances,
J. CAPGRAS.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Intoxications. Maladies par carence. Maladies par agents physiques. Affections médicales et Traumatismes, par MM. ACHARD, LE SOURD, Stéphen CHAUVET, FRANÇOIS, FLANDIN, BALTHAZARD, LEGRAIN, MOURIQUAND, CHIRAY (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBAUDEAU-DUMAS et BABONNEIX, 1 vol., in-8°, pages, 31 fig. A. Maloine et fils, édit., Paris, 1922).

Après un exposé par M. le Professeur Achard des notions générales sur les intoxications, les voies d'introduction des toxiques, les réactions toxiques de l'organisme, la thérapeutique prophylactique et curative, M. Le Sourd étudie les *toxi-infections alimentaires* (salmonelloses, botulisme, etc.) et M. Stéphen Chauvet, les empoisonnements par les *champignons*, les *venins de serpents*, les accidents aussi dus aux piqûres par les abeilles, les araignées, les scorpions, etc.

Il faut signaler les importants articles sur l'*arsénicisme*, le *saturnisme*, l'*hydrargyrisme*, par M. François, sur l'intoxication par le *phosphore*, l'*oxyde de carbone*, le gaz d'éclairage, par M. Flandin; les articles de M. le Professeur Balthazard, sur les intoxications par les *carbures d'hydrogène* (pétrole, benzine, sulfure de carbone), les accidents produits par la *chaleur*, le froid, l'électricité, l'air comprimé, raréfié, confiné; les articles aussi de M. le Professeur Mouriquand, sur les maladies par carence et de M. Chiray, sur l'*insolation*, le *mal de mer*, le *shock traumatique*, les maladies internes, localisées, révélées ou aggravées par les traumatismes, tous écrits dans un esprit essentiellement clinique et dans lesquels la thérapeutique tient une large place.

Mais la plus grande partie du volume a été consacrée par M. Legrain à une minutieuse étude, très intéressante et très complète de l'*Alcoolisme*, dans laquelle le problème est

considéré sous toutes ses faces, historique, ethnologique, sociale, clinique, médico-légale, thérapeutique, etc. M. Legrain insiste sur l'importance prédominante du facteur hérédité et de l'état dégénératif, l'hérédo-alcoolisme. Il décrit les périodes et les formes de l'ivresse, psychopathie alcoolique élémentaire, et les lendemains de l'ivresse, alcoolisme du 2^e degré, général et chronique, dont les variétés cliniques sont les délires subaigus éphémères, le délire toxico-alcoolique aigu, les états paranoïaques alcooliques, les paranoïas secondaires, les folies à éclipse. L'appoint alcoolique, les rapports de l'alcoolisme et de l'épilepsie sont également passés en revue avant l'étude de thérapeutique individuelle et de prophylaxie générale qui termine ce remarquable et original exposé.

M. Legrain, enfin, comble, dans ce volume, la lacune que nous avons signalée dans les volumes de Psychiatrie, en rattachant à cette étude de l'alcoolisme l'étude des *toxico-manies* et des ravages causés par les « poisons de l'intelligence » (*opium, morphine, haschich, cocaïne, éther*). Comme les précédents, ces chapitres de psychopathologie individuelle et collective sont remplis de considérations générales qui intéresseront vivement les praticiens auxquels est destiné ce traité.

René CHARPENTIER.

Maladies de la Nutrition. Rhumatisme chronique, par MM. ACHARD, A. WEILL, LAUDAT, CHAUFFARD, GUY-LAROCHE, LOEPER, MOURIQUAND, BLANC-PERDUCET, Paul MICHEL (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, 1 vol., in-8°, 650 p. A. Maloine et fils, édit., Paris, 1922).

Après un article magistral de M. le Professeur Achard, sur le mécanisme régulateur de la composition du sang et le rôle du chlorure de sodium dans l'organisme, exposé de travaux personnels aujourd'hui classiques, MM. André Weill et Laudat résument les notions qu'ils ont si bien contribué à établir sur l'urée et l'azotémie. MM. le Professeur Chauffard et Guy-Laroche exposent de même leurs intéressantes recherches sur la cholestérinémie et M. Loeper l'oxalémie.

Avec ses collaborateurs, M. le Professeur Mouriquand réussit ensuite la tâche difficile d'exposer clairement les notions cliniques, étiologiques, physio-pathologiques et thérapeutiques sur le diabète sucré, la goutte, l'obésité et le rhumatisme chronique.

Livre appelé à rendre de grands services aux médecins tant par la compétence et l'autorité de ses auteurs que par les indications pratiques en vue desquelles il est écrit.

René CHARPENTIER.

Sang, Organes hématopoiétiques, Rate, Os, par MM. BEZANÇON, LE SOURD, PAGNIEZ, AGASSE-LAFONT, HAZARD, SAINTON, APERT (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, 1 vol., in-8°, 554 pages. A. Maloine et fils, édit., Paris, 1922).

Une introduction de MM. Bezançon et Le Sourd montre l'intérêt que présente l'étude de l'hématologie. MM. Agasse-Lafont et Pagniez exposent les notions histologiques et physiologiques concernant le sang dont M. Hazard étudie l'analyse physique et chimique.

Après l'exposé par M. Agasse-Lafont des notions actuelles sur les polyglobulies, la chlorose, les anémies, les leucopénies, les leucocytoses, les leucémies et les syndromes paraleucémiques, les maladies de la rate, M. Ph. Pagniez, dont la compétence est unanimement appréciée, passe en revue les hémoglobinuries, l'hémophilie, les purpuras, la recherche du sang et de ses dérivés dans les taches, les humeurs et produits d'excrétion.

La troisième partie est consacrée par M. Paul Sainton à une mise au point très claire et très documentée des *maladies des os* : ostéopathies infectieuses (ostéomyélites, spondylites et spondyloses), ostéopathies toxiques, ostéopathie hypertrophiante pneumique d'origine toxi-infectieuse, dystrophies osseuses (ostéoporose, ostéomalacie, dystrophies d'origine nerveuse, (fractures spontanées), dysostoses congénitales, synostoses, hétéromorphismes régionaux de la colonne vertébrale, gigantisme, nanisme).

Un dernier chapitre de M. Apert dont on connaît les intéressants travaux sur les maladies des enfants et sur l'hérédité, traite du *rachitisme*.

René CHARPENTIER.

Dermatologie, par MM. DARIER, CIVATTE, MALLEIN, FERRAND, BOISSEAU, DU CASTEL, TZANCK, FAVRE, Clément SIMON, ROSSAINE, PAUTRIER (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, 1 vol., in-8°, 628 pages, 165 fig., A. Maloine et fils, édit., Paris, 1923).

Ce volume, présenté par M. *Darier*, illustré de nombreuses figures, et destiné aux médecins praticiens, condense dans son texte l'ensemble des notions dermatologiques indispensables à la pratique courante de la médecine. Une première partie est consacrée à la description des lésions élémentaires de la peau et à celle des grandes dermatoses : eczéma, psoriasis, prurits, herpès, troubles trophiques, tumeurs, affections de l'appareil pilo-sébacé, etc.

La deuxième partie traite des dermites artificielles (M. *Rostaine*), des Dermatoses dues à la présence de parasites animal (M. *Rostaine*), des Dermatoses dues à la présence de parasites animaux ou de champignons (M. *Clément Simon*) et des Tuberculoses cutanées (M. le Professeur *Pautrier*, de Strasbourg).

René CHARPENTIER.

Reins et Organes génito-urinaires, par MM. BRAULT, COTTET, MICHON, LEMAIRE, LOUSTE, HAZARD (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, 1 vol., in-8°, 892 pages, 61 fig., A. Maloine et fils, édit., Paris, 1923).

S'élevant contre une conception des néphrites qui ferait table rase du passé et tendrait à une classification soit clinique, soit anatomique, soit chimio-physiologique des néphrites, M. *Brault* insiste sur les lacunes que présentent encore la physiologie et la physiologie pathologique du rein. En réalité, le clinicien doit, avant tout, savoir en face de quelle affection du rein il se trouve, quelle en est la nature, et depuis combien de temps elle évolue. C'est dans le même esprit que MM. *Cottet* et *Michon* décrivent les *maladies du rein*.

Des chapitres essentiellement pratiques ont été rédigés par MM. *Michon* et *Louste*, sur les altérations des *voies urinaires* et leur thérapeutique, par M. *Hazard*, sur les techniques à suivre dans les *examens des urines*. MM. *Louste* et *Lemaire* exposent avec clarté les maladies des *organes génitaux* de l'homme et la *gynécologie*.

René CHARPENTIER.

Traitement médical des maladies des femmes, par le P^r Albert ROBIN et M. Paul DALCHÉ (5^e édition, 1 vol. grand in-8°, 724 pages. Vigot frères, édit., Paris, 1922).

Dans la nouvelle édition de ce gros volume de gynécologie médicale, destiné aux étudiants et aux praticiens, MM. Al-

bert Robin et Paul Dalché insistent à nouveau sur les soins minutieux locaux et généraux par lesquels le médecin peut éviter aux malades de graves opérations. L'exposé des traitements opothérapiques a été remanié et mis au point des conceptions⁶ récentes ; la médication hémostatique a été complétée par l'étude de l'émétine. Des chapitres nouveaux ont été ajoutés sur la congestion utéro-ovarienne et son traitement, les annexites non inflammatoires, les indications de la radiothérapie et du radium.

De longs exposés sont consacrés à l'étude de l'influence du système nerveux et des psychonévroses, aux effets de la suggestion et de l'émotion. M. Paul Dalché insiste sur la fréquence des troubles menstruels dans les psychoses. Il consacre un long chapitre à la menstruation et à ses accidents, étudiant avec soin les phénomènes de la puberté et de la ménopause, l'aménorrhée, la dysménorrhée, l'hydrorrhée et les métrorrhagies.

Ce volume, essentiellement pratique et dans lequel on trouvera les notions les plus récentes de clinique thérapeutique gynécologique, se termine par l'étude du traitement hydrothérapique et du traitement hydrologique.

René CHARPENTIER.

MÉDECINE LÉGALE

Précis de Médecine Légale, par A. LACASSAGNE et Etienne MARTIN (3^e édit., entièrement refondue, 121 fig. 752 p., in Collection de Précis médicaux. Masson et C^{ie}, édit., Paris, 1921).

Cette 3^e édition d'un livre unanimement apprécié contient comme les précédentes les idées et les méthodes de l'Ecole médico-légale lyonnaise, résultant de travaux justement réputés. Comme dans les éditions précédentes, les connaissances indispensables au médecin-légiste sont groupées et exposées clairement en indiquant les sources auxquelles on devra se reporter pour une documentation plus complète.

Parmi les chapitres nouveaux ou complètement refondus et mis au point, il faut citer l'étude de la mort et du cadavre, les questions d'identité, le problème de la responsabilité criminelle, l'étude des blessures par coups de feu et l'action des poisons gazeux sur l'organisme.

Conformément à l'opinion exprimée par le regretté professeur Gilbert Ballet, au Congrès de Genève (1907). MM. Lacassagne et Etienne Martin estiment que le rôle du médecin-expert n'est pas de décider de la responsabilité de l'in-

culpé. Le médecin doit se borner à fixer, par l'étude biologique et psychologique du prévenu, si la maladie, l'intoxication ou les tares héréditaires relevées par l'examen peuvent influencer sur le mécanisme de l'intelligence, de la volonté, des instincts sociaux de l'individu.

René CHARPENTIER.

La prohibition de l'alcool aux Etats-Unis. Histoire et Résultats sociaux, par Jean APPLETON, professeur à la Faculté de Droit de Lyon (1 brochure in-12, 48 pages, in éditions du « Progrès Civique », Paris, 1922).

Ce petit livre est l'exposé des résultats d'une minutieuse enquête faite par l'auteur aux Etats-Unis, au cours de deux voyages en 1919 et en 1921. La prohibition de l'alcool aux Etats-Unis est le résultat de vingt ans d'efforts soutenus et de luttas incessantes, destinés à éclairer l'opinion publique. En 1915, le corps médical raya complètement l'alcool de la liste des médicaments officiels de la pharmacie américaine. Puis, l'accession des femmes à l'électorat fut une garantie efficace de succès. En 1918, vingt-sept états avaient déjà pros crit l'alcool lorsque le Parlement (Chambre et Sénat) vota à une majorité considérable la prohibition de la fabrication, de la vente, du transport, de l'importation, de l'exportation de toute liqueur enivrante. Sur les 48 états, 3 seulement refusèrent la ratification législative indispensable.

En dépit des fraudes, la quantité de boissons alcooliques actuellement consommée en Amérique est infime comparée à celle qui se buvait il y a quelques années. Les arrestations pour ivresse publique ont décru de 70 0/0. Sur cet immense territoire peuplé de 110 millions d'habitants, il n'y a plus un seul cabaret. La génération nouvelle a presque perdu le goût des boissons alcooliques. La famille ouvrière a été, pour ainsi dire, restaurée par la réforme.

Avant la guerre, le pourcentage des délirants alcooliques admis dans les asiles publics d'aliénés de l'Etat de New-York dépassait 6 0/0 ; en 1920, il a été à peine supérieur à 1 0/0. Suivant le Dr A.-G. Hildreth, les cas d'aliénation mentale dans le pays tout entier ont diminué de 60 0/0. Il en est de même pour la diminution des décès. La criminalité a baissé de 45 0/0 en moyenne dans l'ensemble de l'Union. L'effet a été surprenant en ce qui concerne les délits contre l'enfance et les délits des enfants. Le nombre des affaires soumises aux tribunaux pour enfants a décru de 80 0/0.

La misère, enfin, a très sensiblement diminué ; l'épargne s'est accrue dans des proportions notables.

L'Amérique, conclut M. Appleton, a donné au monde, au cours de cette lutte de vingt années, un exemple d'énergie collective, de persévérance et de ténacité probablement unique dans l'histoire des Sociétés. Et M. Appleton souhaite à notre pays de se libérer bien vite du fléau de l'alcoolisme, en apportant à cette réforme le sens de la mesure, la plus haute peut-être de nos vertus nationales.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Maladies du Cervelet et de l'Isthme de l'Encéphale par le professeur H. CLAUDE et le D^r LÉVY-VALENSI, (1 vol., in-8°, 440 pages, 104 figures, in *Nouveau Traité de médecine* GILBERT et CARNOT, Paris, J.-B. Baillière et Fils, édit., 1922).

Dans ce volume particulièrement intéressant, car il expose d'une façon claire des questions souvent confuses dans l'esprit de beaucoup. MM. H. Claude et Lévy-Valensi ont donné une description claire, compréhensible même pour ceux qui sont peu initiés aux études complexes des affections du cervelet et de l'isthme de l'encéphale. De nombreuses figures schématiques, très ingénieuses, contribuent encore à faciliter la lecture de cet ouvrage qui s'impose à tous ceux qui veulent être au courant des idées actuelles sur ces questions. Après des considérations anatomo-physiologiques générales, MM. H. Claude et Lévy-Valensi abordent les maladies du cervelet ; ils exposent d'abord son anatomie, sa physiologie, la séméiologie cérébelleuse (symptômes cérébellolabyrinthiques, symptômes cérébelleux purs), le diagnostic du syndrome cérébelleux. Puis viennent les anomalies, les atrophies cérébelleuses, les tumeurs du cervelet, les abcès du cervelet, les traumatismes cérébelleux, le cervelet dans les maladies, l'hémorragie cérébelleuse, le ramollissement du cervelet, les maladies familiales à manifestations cérébelleuses.

Les maladies des tubercules quadrijumeaux sont passées en revue, après un exposé anatomique et physiologique.

Les maladies des pédoncules cérébraux sont étudiées avec un soin particulier, en suivant le même plan : anatomie, physiologie, séméiologie pédonculaire, hémorragies, ramollissement, traumatismes, tumeurs ainsi que les maladies de la protubérance et les maladies du bulbe.

Enfin, un chapitre très important est consacré aux syndromes complexes de l'isthme de l'encéphale (polioencépha-

lites, ataxie aiguë, encéphalite léthargique, tumeurs du quatrième ventricule, tumeurs de l'angle pontocérébelleux, syndromes vasculaires, scléroses du mésocéphale, myasthénie paralytique).

Après la lecture de ce volume, on a acquis un certain nombre d'idées nouvelles, on a compris des questions qui étaient restées obscures. MM. H. Claude et Lévy-Valensi doivent être félicités d'avoir écrit un livre aussi intéressant et aussi utile.

R. C.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

L'Evolution de l'Organisme et la Maladie (*Pathologie générale évolutive*), par M. KLIPPEL, médecin des hôpitaux de Paris (1 vol. grand in-8°, raisin, 480 p. G. Doïn, édit., Paris 1921).

Dans cet ouvrage remarquable, la doctrine évolutive fondée à la fois sur la théorie, l'observation et l'expérimentation, doctrine qui domine aujourd'hui les sciences naturelles, sert de base à une esquisse originale de Pathologie générale.

En médecine, l'évolution apparaît nettement dans la différenciation des tissus qui aboutit à un perfectionnement par complexité fonctionnelle. Les phénomènes intimes de la vie sont les mêmes chez tous les êtres vivants, depuis les plus simples jusqu'aux plus complexes. La cellule organisée et complexe est une unité vivante pareille à l'être unicellulaire, au protozoaire qui est au bas de la série animale. Tous les êtres vivants sont constitués soit par une seule cellule, soit par une agglomération de cellules à la fois semblables par des propriétés générales, et diverses par le détail de leur structure et par leur fonction spécifique. Cette double notion résume le *polyzoïsme*.

Le polyzoïsme aboutit à une conciliation définitive et réglée des divers éléments par la *différenciation cellulaire*. Dans les êtres les plus élevés, la spécificité des éléments cellulaires s'accroît jusqu'à réaliser une fédération dans laquelle la vie de chaque unité est utile ou indispensable à toutes les autres. La différenciation spécifique implique dans les tissus une structure ou une constitution moléculaire différente en rapport avec leur fonction spéciale. Elle est constituée par l'ensemble des caractères morphologiques ou fonctionnels qui distinguent les éléments anatomiques les uns des autres au cours de l'évolution normale de l'organisme, suivant la loi de division du travail.

M. Klippel étudie ensuite les caractères particuliers de la différenciation dans chaque sorte de tissus, la genèse et la nature de la différenciation et, sous le nom de *biotaxie histologique*, établit une hiérarchie des espèces de cellules et de tissus rangées par degrés de différenciation croissante et décroissante. Le principe qui sert de base à la biotaxie des tissus est le degré de leurs différenciations respectives. La règle bionomique de choix est la diminution de la faculté de reproduction qui apparaît, au cours de l'évolution, en des temps différents pour chaque espèce de tissus. Certains tissus à *éléments labiles* continuent à se multiplier pendant toute la vie de l'individu, des tissus à *éléments stables* se multiplient jusqu'à la naissance ou même plus tard après leur différenciation complète, des tissus à *éléments perpétuels* cessent leur mitose à une période précoce de la vie embryonnaire avant même que la différenciation morphologique soit atteinte.

La biotaxie se complète en établissant dans chaque tissu des divisions basées sur le même principe, c'est-à-dire le degré de différenciation des éléments qui le composent. On pourrait conclure que les tissus offrent en chacun d'eux une série d'éléments marquant non seulement des âges différents, mais pouvant représenter des lignées de gonades et de somas, les premières de ces lignées concernant la race, les secondes concernant l'individu.

La différenciation cellulaire avec l'ensemble de ses conséquences permet d'envisager les *rapports de la pathologie générale avec l'évolution organique*. L'ordre général de l'altération progressive des tissus correspond exactement dans ses grandes lignes à l'ordre biotaxique marqué par les degrés de la différenciation histologique. La narcose chloroformique, l'ischémie progressive, l'ordre suivi par la mort élémentaire après la mort générale respectent, d'une façon générale, l'ordre biotaxique suivant une marche qui va du plus haut au plus bas degré de la différenciation. Les réactions des tissus les plus différenciés sont plus particulièrement d'ordre paralytique, tandis que le mode exaltatif appartient plus spécialement aux moins différenciés. L'étude délicate des syndromes musculaires, sensitifs et réflexes confirme également les données de la biotaxie.

Abordant l'étude des *fonctions mentales* en pathologie, M. Klippel schématise trois systèmes anatomiques complexes correspondant ici aux trois phénomènes dont se compose un réflexe. A l'origine de la vie mentale se trouve la sensation avec son système de fibres et de centres recevant les inci-

tations de la périphérie. A l'autre extrémité, se trouve placé le système du mouvement représenté par les centres moteurs de l'écorce. Entre ces deux systèmes se trouve placé l'immense champ de la vie mentale centrale, dans lequel sont accumulés les souvenirs et dans lequel s'éveillent des associations qui aboutissent aux formules des jugements et aux décisions des actes volontaires. On pourrait donc parler d'un réflexe dont la phase de transformation centrale est prolongée et consciente par éveil de souvenirs associés.

Le premier système ne contient que des sensations, le moyen, des souvenirs et le dernier des mouvements. Leur suppression doit s'appeler anesthésie pour le premier, amnésie, pour le second et paralysie pour le troisième.

L'ordre de disparition et d'exaltation des facultés mentales dans les maladies de l'encéphale confirme également les données de la biotaxie. Dans des chapitres pleins de vues originales dont la lecture suscite un vif intérêt, M. Klippel étudie l'ordre de paralysie et d'exaltation dans les systèmes de la sensation et du mouvement de la vie mentale, l'ordre de disparition des facultés mentales dans la démence progressive, les syndromes délirants dans leurs rapports avec l'exaltation et la dépression des facultés mentales. Les états émotionnels, somnolents (délire de rêve) ou de fatigue, résument ce que l'observation peut arriver à classer dans toute psychose. Or, au point de vue de la biotaxie, l'émotion, le sommeil, la fatigue, triple mode de réaction de l'organisme contre le milieu normal et le milieu pathologique impliquent une diminution de la complexité fonctionnelle, les fonctions les moins différenciées s'exaltant pendant que les autres s'affaiblissent. La mégalomanie, la persécution, le rêve tout éveillé, etc., ne sont que le mode général des réactions pathologiques.

Du fait de la différenciation morphologique et fonctionnelle, un même agent morbide ne peut entraîner des lésions égales sur tous les éléments histologiques. On peut poser en loi générale que l'activité la plus différenciée et la plus complexe tend à s'amoinrir tandis que les fonctions les moins différenciées s'exaltent et se pervertissent. Il n'est pas très facile d'établir l'ordre et le degré biotaxique dans les *maladies générales*. On reconnaît pourtant que la moindre complexité fonctionnelle entraîne une moindre vulnérabilité ayant pour conséquence finale des conditions plus favorables dans la lutte contre les agents qui tendent à altérer ou à détruire l'organisme.

De même, on peut mesurer le *pouvoir prolifératif* des

tissus en pathologie, en considérant leur degré de différenciation, le degré de la labilité étant inverse à celui de la différenciation. La prolifération des divers tissus est, en pathologie, d'autant plus facile et d'autant plus fréquente que leur différenciation est d'un ordre moins élevé. Dans un même tissu, ce sont les éléments les moins différenciés dont la prolifération est la plus active.

D'autre part, pour les tissus sains et pour les tissus pathologiques, l'évolution actuelle ou la plus récente est une cause de *vulnérabilité* spéciale.

Après avoir signalé les *affinités* en pathologie, dans leurs rapports avec la différenciation histologique, M. Klippel étudie les *modes de réaction pathologique* : *excitation* et *dépression*. Il montre que la différenciation cellulaire explique la multiplicité des réactions et commande l'association de l'irritation et de la faiblesse. L'observation des faits enseigne que l'irritation entraîne la paralysie et montre comment la paralysie s'accompagne d'un état exaltatif.

Les agents pathogènes, en affaiblissant ou en paralysant les éléments les plus différenciés d'une fonction complexe, ont, pour conséquence, un *mode de vie réduite* : *l'anatypie*. A l'état normal, il est un mode biologique qui représente la vie sous une modalité réduite, c'est celui qui comprend les états du *sommeil*, *d'émotion* ou de *fatigue* ; c'est à eux que la vie pathologique emprunte ses réactions. Dans *l'anatypie psychique*, par exemple, font défaut les actions associatives de la vie mentale supérieure : pleine conscience de la veille, facultés de contrôle, attention volontaire, coordination précise des idées, notion de temps. A côté des anatypies fonctionnelles, il existe des anatypies plastiques dans lesquelles les éléments néoformés et croissant suivant leur différenciation première s'arrêtent à un stade évolutif inférieur, par rapport à la morphologie structurale du tissu auquel ils appartiennent.

Les adaptations successives de l'organisme au cours du développement ontogénétique et phylogénétique constituent les *caractères individuels acquis et héréditaires*, réactions qui survivent aux causes qui les ont provoquées et peuvent être transmises par hérédité. Elles sont à l'origine de l'état constitutionnel et diathésique, des idiosyncrasies et des tempéraments, des immunités et des prédispositions de l'individu ou de sa descendance.

Comme les mots de sommeil, d'émotion et de fatigue, qui caractérisent la vie physiologique réduite, se rattachent habituellement à la vie mentale cyclique et consciente, c'est par

l'étude des psychoses et des névroses que les réactions pathologiques qui correspondent à ces états, apparaissent le plus nettement.

S'il existe trois grandes formes délirantes répondant aux *psychoses somnolentes*, aux *psychoses émotionnelles* et aux *psychoses de fatigue*, on rencontre dans chacune de ces formes, des symptômes de trois séries. Les symptômes, les formes, la nosologie de ces trois groupes sont successivement exposés dans un chapitre qui mériterait d'être cité en entier et dont la conclusion est que les symptômes en apparence les plus étranges ne sont que la mise en œuvre des moyens habituels de la défense organique. Rappelons seulement les formes délirantes décrites par M. Klippel, en rapport avec les multiples variétés des rêves : délire de la rêvasserie, délire du rêve hallucinatoire, délire du cauchemar ou rêve cénesthésique, délire du songe, délire de la rêverie, délire de l'illusion, délire du rêve, moteur ou somnambulique, association des formes précédentes.

Les *éléments morbides*, point de départ du *traitement* des maladies, peuvent être distingués en trois groupes : la spécificité causale (actions mécaniques externes, exo-intoxications, infections microbiennes et maladies parasitaires, auto-intoxications et maladies constitutionnelles, troubles fonctionnels comme étant primitifs) ; la lésion locale et ses éléments morbides, les éléments morbides liés à la réaction générale de l'organisme.

Dans un chapitre d'*étiologie pathogénique*, M. Klippel passe en revue les rapports de la lésion et de la maladie, le rôle de la différenciation cellulaire en étiologie pathogénique, la prédisposition, l'hérédité pathologique, la dégénérescence progressive de l'espèce, les causes pathogènes, les conséquences chimiques des modes d'action des causes pathogènes, les catégories de symptômes, les syndromes. Le livre se termine par des conclusions générales relatives à l'étiologie évolutive et au déterminisme morbide et par la critique de la statistique dans ses rapports avec l'étiologie.

Il paraît osé de tenter, dans un exposé aussi bref, de donner la substance d'un tel livre. Livre à lire en entier, dont chaque chapitre allie à l'érudition la plus pure, une richesse d'idées et une abondance de faits rarement rencontrés. Dans cette remarquable conception de la pathologie générale basée sur la doctrine de l'évolution, le neuro-psychiatre sera séduit par les nombreux arguments tirés de la pathologie nerveuse et mentale. Il y trouvera exposées bien des

vues originales sur une matière qu'il n'est pas habituel de voir traiter avec une telle compétence dans des ouvrages de pathologie générale.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

DEMOLE. — La cure sédative en Psychiatrie, Paris, Jouve, 1922.

Le somnifère, administré par voie sous-cutanée, a donné à l'auteur des effets sédatifs très marqués, doublement intéressants, aux points de vue du traitement et du diagnostic.

Chez les déments précoces, en particulier, la sédation de l'agitation a permis d'enrayer la diminution de poids de certains malades ; elle permettait, en outre, de mieux préciser le diagnostic en favorisant l'interrogatoire et la découverte des idées délirantes, rendus impossibles par l'agitation ; enfin elle a permis dans plusieurs cas l'action du traitement psychothérapique. Les effets du médicament ne sont pas durables, et disparaissent toujours dès que l'on interrompt son emploi. Dans certains cas de catatonie, le somnifère permit, au contraire, de triompher du refus d'alimentation, et d'obtenir la description du monde imaginaire dans lequel vivait le malade.

En somme, économie des forces du malade, alimentation régulière, et rétablissement du contact entre le malade et le médecin.

Les injections intraveineuses permettent d'obtenir un effet considérable et immédiat dans l'agitation violente de certains paralytiques généraux, dans le *delirium tremens*, dans le status épileptique. Chez les malades affaiblis, de fortes doses pourraient constituer un danger par la prolongation anormale du sommeil.

Enfin, par voie buccale, l'action du médicament est faible, mais rend d'utiles services chez les névropathes de la polyclinique.

Louis PARANT.

Je me détends. *Contrôle de soi-même par le relâchement musculaire*, par Ernest REYMOND-NICOLET. — Préface du Dr Ed. CLAPARÈDE (1 broch. 60 pages, in éditions Forum, Neuchâtel et Genève. Librairie Fischbacher, Paris).

« Contribution très intéressante à la psychothérapie par un auteur ni médecin, ni psychologue de carrière. » Tel est

le jugement porté par M. Claparède sur ce petit livre dans lequel l'auteur expose un procédé thérapeutique de l'hyperémotivité par le relâchement musculaire total. L'interprétation psycho-physiologique du mode d'action de cette relaxation corporelle est basée sur la libération d'énergies retenues par la tension psychophysique et sur l'emploi des forces libérées et mises en réserve.

René CHARPENTIER.

Le médecin devant l'Assistance et l'enseignement psychiatriques, par M. Henri DAMAYE, médecin des Asiles d'Aliénés, (1 vol., in-12, 125 pages. A. Maloine et fils, édit., Paris, 1922).

Ce petit volume a pour objet d'exposer l'état actuel de l'assistance aux maladies mentales et celui de l'enseignement psychiatrique. Livre de critique, rempli de faits, il envisage successivement les causes de délaissement de la carrière psychiatrique en France, les étapes successives de cette carrière, les concours d'internat, puis de médicament des asiles, la vie même du médecin d'asile, ses rapports avec l'administration, avec les tribunaux, avec l'armée. Il contient même un aperçu sur les troubles mentaux et leur traitement médical, les établissements psychiatriques et leur avenir, la législation des aliénés, la prophylaxie et l'hygiène mentales, l'enseignement des maladies mentales en France.

René CHARPENTIER.

Les Accès Mélancoliques de longue durée, par M. Paul DELMAS (28 pages, thèse, Paris, 1921. Jouve et C^{ie}, édit.).

Dans ce travail, basé sur 15 observations, M. Paul Delmas établit que les accès mélancoliques de longue durée (plus de 3 ans) surviennent chez des sujets ayant dépassé l'âge adulte et ne surviennent guère qu'après 50 ans. Dans les 15 cas observés, l'auteur a relevé soit une hérédité similaire ascendante, collatérale ou descendante, soit des accès antérieurs chez le même sujet. Dans la plupart des cas, les antécédents héréditaires et personnels se trouvaient associés. 13 cas sur 15 ont conservé les caractères précis des états de mélancolie anxieuse, et, dans plus de la moitié des observations, l'auteur a relevé l'existence de préoccupations hypocondriaques. Ces conclusions sont conformes à l'opinion des auteurs (Esquirol, Calmeil, Anglade, Régis, Marchand), qui ont signalé la prédominance des manifestations anxieuses et hypocondriaques dans les formes chro-

niques de la mélancolie. M. Paul Delmas insiste également sur la conservation remarquable de l'intégrité intellectuelle et s'élève contre la légitimité d'une mélancolie d'involution d'ailleurs abandonnée par ses auteurs.

Enfin, la longue durée des états mélancoliques ne permet pas de conclure à leur incurabilité. La guérison complète peut survenir après 12 ou 13 ans d'évolution.

Ces intéressantes conclusions sont à rapprocher de celles de Mme Marguerite Jannin (Thèse, Bordeaux, 1916) pour qui les états mélancoliques dans lesquels l'hypocondrie, la négation, l'énormité ne détruisent pas les préoccupations familiales ou les exagèrent sont susceptibles de durer sept et huit ans et de se terminer par la guérison complète.

Il faut louer M. Paul Delmas du choix de son sujet. L'étude trop délaissée des maladies mentales chroniques (et en particulier l'étude des guérisons tardives de troubles mentaux) est assurément féconde en résultats. Elle aide à réformer des pronostics injustement désespérés, à discerner la valeur sémiologique véritable de symptômes qui impressionnent souvent à tort l'observateur. Enfin, de l'étude patiente du mécanisme des guérisons spontanées, on est en droit d'espérer l'élaboration de méthodes thérapeutiques nouvelles mieux adaptées à la guérison d'états analogues, quelle qu'en soit la durée.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

La personnalité humaine, *Son analyse*, par MM. Achille DELMAS et Marcel BOLL (1 vol.; in-16, in Bibliothèque de Philosophie scientifique, 284 pages, Ernest Flammarion, édit., Paris, 1922).

Livre intéressant et original qui applique à la psychologie des données psychiatriques et dans lequel on remarque le souci constant d'être accessible à tous les lecteurs en n'utilisant qu'une terminologie évidente ou dont le sens exact est fixé par un glossaire qui termine l'ouvrage.

La première partie, qui sert de base à l'ouvrage, est consacrée à l'exposé des résultats de la pathologie mentale. Après une étude critique des méthodes de la psychologie, MM. Achille Delmas et Boll donnent leur préférence à la méthode d'expérimentation psychologique qui consiste à utiliser les résultats de la psychiatrie, de la psychopathologie. Ils éliminent pour cette étude les maladies du système nerveux — et, en particulier, les maladies mentales

lésionnelles, — qu'ils jugent plus aptes à aider aux progrès de la physiologie qu'aux progrès de la psychologie. Ils jugent plus utile de retenir les maladies mentales qualifiées par eux de « sans lésions », estimant qu'elles ne représentent que des hypertrophies ou des atrophies du fonctionnement psychique normal. A vrai dire, si cette classification en maladies mentales lésionnelles et maladies mentales sans lésions « transmises héréditairement par les germes conceptionnels », peut paraître jusqu'à un certain point légitime, on est cependant étonné de la voir considérée comme une base solide pour une étude qui tend à rénover toute la psychologie. L'histoire la plus récente de la psychiatrie n'est-elle pas pour montrer la tendance à la restriction progressive des maladies mentales « héréditaires » ou « sans lésions » ? N'est-ce pas d'ailleurs ainsi que se sont réalisés les progrès de la neurologie et de la psychiatrie. Nous faut-il donc considérer que nous sommes arrivés, en psychiatrie, au terme de cette évolution ? Aurions-nous la chance de connaître tous les secrets et les limites des altérations histo-pathologiques, des troubles physiopathologiques, endocrinieux, sympathiques, etc. ?

MM. A Delmas et Boll admettent que la neurologie conserve une part énorme d'inconnu, mais ils raisonnent comme si l'étiologie et la pathogénie des maladies de l'esprit étaient des sciences à maturité, aux grandes ligues définitivement fixées, ne laissant place qu'à de minimes délimitations de frontière entre les divers éléments.

Mais, laissons ceci. L'édification d'une théorie — et surtout d'une théorie psychologique — ne peut se faire qu'à l'aide d'éléments actuellement connus, ... et d'hypothèses. C'est la tâche de l'avenir de constater si les acquisitions ultérieures s'incorporent à l'édifice construit ou en compromettent la solidité.

Donc, la psychiatrie se résume en psychopathies organiques ou toxi-infectieuses et en psychoses constitutionnelles. M. A. Delmas est un psychiatre trop averti pour nier la possibilité de modifications anatomo-physiologiques dans les psychoses constitutionnelles. Mais, « ces exaltations, si elles existent, sont différentes de celles qu'on a découvertes jusqu'ici dans les autres maladies mentales ». J'avoue que je ne comprends pas bien l'intérêt de cette distinction pour la thèse des auteurs. Bien des stigmates de dégénérescence par exemple ont dû être révisés, un certain nombre d'entre eux se sont révélés d'origine endocrinienne : ce fut là une notion pathogénique nouvelle, différente de celles que l'on

connaissait antérieurement ; n'était-elle pourtant pas « organique » ? MM. Delmas et Boll émettent l'hypothèse que les psychoses « constitutionnelles » correspondent à des modifications « sous-histologiques du système nerveux », mais qu'il s'agit toujours d'une anomalie fonctionnelle incluse dans le germe même et véritablement héréditaire.

Quoi qu'il en soit, les auteurs considèrent que cette distinction est capitale, au point de vue de l'application des données de la psychiatrie aux travaux de psychologie normale et cette importance qu'ils lui attachent nous paraît justifier les quelques réserves que nous avons cru devoir faire.

Ces psychoses constitutionnelles sont classées en cinq groupes qui sont : la paranoïa, la folie morale, la mythomanie, la manie-mélancolie et l'hyperémotivité. Etant donné le souci terminologique des auteurs, il est nécessaire de faire remarquer que le mot paranoïa est, au moins dans le glossaire, détourné ici du sens qui lui avait été attribué par Dupré dans son rapport au Congrès de Lisbonne. Il désigne tous les délires de persécution et de grandeur, qu'ils soient ou non hallucinatoires et quelle que soit leur terminaison. On peut se demander si, réuni dans le même groupe, les délires de Sérieux et Capgras et les délires hallucinatoires chroniques, ce n'est plus arrêter la psychiatrie aux données actuelles, mais un peu plus tôt encore. Il est probable qu'il y a là une erreur de rédaction ou d'impression.

Sous le nom de mythomanie, emprunté à Dupré, les auteurs comprennent les états dits hystériques, que le démembrement opéré sous l'influence de Babinski a bien réduits en nombre. Les limites sont-elles bien nettes entre la folie morale et la mythomanie, et cette dernière ne pourrait-elle être considérée comme un sous-groupe de la première ? Sous le nom de mythomanie maligne, Dupré établissait d'ailleurs un pont entre ces deux constitutions.

Quant à l'hyperémotivité, n'est-il pas bien osé à l'heure actuelle, d'en faire une constitution psychique « sans lésions ». L'étude, qui n'est encore qu'ébauchée de l'hypertonie des systèmes autonomes et du syndrome d'excitabilité du système nerveux végétatif, ne prépare-t-elle pas pour un avenir prochain une pathogénie « organique » de cette « psychose constitutionnelle ». Des travaux récents même, en particulier ceux de Tinel et Santenaise, ne donnent-ils pas à penser que l'état du système sympathique n'est pas indifférent à l'organisation des syndromes mélancoliques, si intimement liés aux troubles de l'émotivité ?

Qu'il est donc difficile d'établir une classification des troubles mentaux auxquels manquent des bases anatomiques ou physiologiques. Après tant d'autres aujourd'hui abandonnées, MM. A. Delmas et Boll nous en apportent une, empruntée d'ailleurs à la classification des déséquilibres constitutionnels établie par le regretté Professeur Dupré (1). Ils la considèrent comme une base solide, non seulement pour l'interprétation et la compréhension des psychoses constitutionnelles (qui ne sont que les manifestations paroxystiques de ces modes de déséquilibration continus que sont les constitutions psychopathiques), mais aussi pour les études de psychologie normale.

Dans la *deuxième partie*, les auteurs étudient les *éléments de la personnalité*, distinguent suivant une comparaison empruntée à la mécanique les éléments *statiques* de la personnalité et les éléments *dynamiques*. Aux cinq constitutions psychopathiques correspondent cinq dispositions affectives-actives originelles permanentes qui sont : l'avidité (paranoïa), la bonté (folie-morale), la sociabilité (mythomanie), l'activité (cyclothymie) et l'émotivité. Les propriétés primordiales de la vie sont la nutrition, la génération, la mobilité et la réceptivité. La psychophylogénie montre que les dispositions affectives se présentent comme une élaboration des fonctions fondamentales, nutrition (avidité), génération (bonté, sociabilité), mobilité (activité, émotivité). Les aptitudes intellectuelles (mémoire, imagination, jugement) sont les fruits d'une élaboration de la réceptivité.

La personnalité innée comprend le tempérament et l'intelligence ; elle est primitive, permanente et fondamentale, elle est inconsciente. La vie psychique est une synergie des dispositions et des aptitudes. Cette personnalité subit une adaptation progressive par l'exercice même de la vie (psy-

(1) MM. A. Delmas et Boll, précisent que ces constitutions psychopathiques sont présentées pour la première fois dans ce livre sous la forme d'un cadre précis. Cependant, le Professeur E. Dupré, dans sa leçon inaugurale (*Paris Médical*, 1919) consacrée aux *déséquilibres constitutionnels du système nerveux*, classait ces déséquilibres en 8 groupes : les déséquilibres constitutionnels de la sensibilité physique, de la motilité, des appétits, des instincts (folie morale) de l'humeur (états dysthymiques) et les constitutions émotive, paranoïaque et mythomaniacale. Si l'on retire de ces 8 groupes ceux qui ont trait à la sensibilité physique, à la motilité, aux appétits, on voit que les cinq constitutions *psychiques* sont exactement celles adoptées à nouveau par MM. A. Delmas et Boll.

choontogénie). A un premier stade de vie passive succède une vie spontanée, puis une vie réfléchie. Le passage de la vie passive à la vie réfléchie chez un individu donné est assimilable, au point de vue intellectuel, à l'évolution de l'humanité pendant les trois derniers millénaires.

La vie peut se schématiser dans l'interdépendance de deux termes : l'individu et le milieu. A mesure que l'individu prend contact avec le milieu, il s'y adapte. La personnalité acquise se constitue par superposition au tempérament des habitudes, goûts, inclinations. Ceci constitue le caractère ou personnalité affective-active. La mentalité, qui représente la somme des aptitudes intellectuelles (intelligence), des souvenirs (et des croyances), s'ajoute au caractère pour constituer la personnalité totale. MM. A. Delmas et Boll terminent l'exposé de la psychostatique par une intéressante étude des mentalités et des caractères, en précisant les modifications apportées à notre personnalité primitive par l'ensemble de notre dynamisme « passé ».

Dans une *troisième partie*, sont envisagées les *manifestations de la personnalité*, résultant des circonstances spéciales dans lesquelles l'individu peut être placé au point de vue psychique.

Cette *psychodynamique*, c'est le comportement, c'est-à-dire la vie en action. Puisque les auteurs empruntent à la mécanique leur terminologie, si l'on veut me permettre cette comparaison médicale, la psychodynamique est la physiologie de la personnalité dont la psychostatique est l'anatomie. MM. Delmas et Boll décrivent un « cycle psychique » qui comprend des manifestations intellectuelles ou représentations, des manifestations affectives ou retentissements et des manifestations motrices ou extériorisations. Rangés par ordre de fréquence croissante, ils énumèrent les cycles passionnels, cénesthésiques, psychiques complets, idéatifs, physiologiques, automatiques. Ils situent la vie intellectuelle (pensée) dans le cadre du dynamisme général, indiquent que les trois opérations intellectuelles : perception, évocation, évaluation, présentent un caractère commun, l'attention, et s'efforcent de montrer que la conscience, dans son acception la plus générale, comprend tout ce qui, ayant été objet d'attention, a été fixé par la mémoire et s'est trouvé incorporé à notre personnalité acquise.

Le cycle psychique comporte comme élément particulièrement simple et primitif de la vie affective-active, l'ensemble émotion-réflexe avec ses deux aspects, affectif et moteur, consécutif à une émotion ou à une reviviscence.

Cette émotion-réflexe n'est qu'un moment très fugitif du cycle psychique, aussitôt suivi de l'évocation. L'évocation crée alors une nouvelle manifestation affective-active qui tend soit à renforcer, soit à atténuer l'émotion-réflexe et qui est formée par le sentiment, d'une part, par l'humeur, d'autre part. Les impulsions sont les extériorisations violentes des états d'humeur.

De même que l'émotion est inséparable d'un réflexe, le sentiment est le retentissement subjectif d'un état d'humeur. Il y a quatre sentiments types : le contentement, le désir, le découragement, la crainte. Les associations des manifestations-types forment les sentiments complexes. Les états passionnels sont les formes paroxystiques des sentiments-humeurs, et représentent en quelque sorte « des épisodes pathologiques des gens normaux »...

La vie psychique trouve son achèvement dans l'action. La volonté est le moment terminal du dynamisme, la détermination à l'action. C'est une simple modalité du caractère, c'est-à-dire un dynamisme spécial de la personnalité innée surtout, de la personnalité acquise accessoirement.

Insistant sur le déterminisme psychologique, MM. A. Delmas et Boll ajoutent que la psychologie, telle qu'ils la conçoivent, se propose de déterminer les manifestations d'un individu en présence de tel événement, si l'on connaît à la fois ses instincts, dispositions et aptitudes innés, ainsi que l'empreinte qu'ont laissée sur lui les phénomènes auxquels il a participé dans le passé. Ils concluent que la connaissance de ces lois permet une modification des phénomènes dans un sens favorable à une meilleure adaptation de l'individu et de l'espèce. L'éducation est à la fois possible par la superposition de la personnalité acquise à la personnalité innée, et limitée par la prédominance et l'immutabilité de cette dernière. Ce déterminisme, d'autre part, fait perdre toute signification à la notion de *responsabilité* et conduit à la notion de *punissabilité* considérée comme un moyen de défense de la société. Il n'est pas jusqu'au problème du *bonheur* qui ne soit envisagé par les auteurs comme déterminé dès la naissance dans une grande mesure, les facteurs externes n'y intervenant que pour un quart. Cette proportion est la même que celle qu'ils attribuent à la partie acquise dans la personnalité. « La thérapeutique du bonheur » leur paraît être un problème d'ordre physiologique.

Un si bref aperçu ne peut rendre compte de l'abondance des idées que renferme cet essai psychologique basé sur la connaissance de la psycho-pathologie. Résultat de la collabo-

ration d'un psychiatre et d'un psychologue, docteur ès sciences, il intéressera les aliénistes et les psychologues. Ingé-
nieusement conçu, clairement écrit, méthodiquement exposé,
il est d'une lecture attrayante, marque un grand souci de
simplifier des choses complexes, une grande confiance aussi
dans des notions psychiatriques considérées comme défini-
tivement acquises après des progrès « décisifs ». La mul-
titude des problèmes qu'il soulève éveillera sans doute plus
d'une objection. La plus forte pourrait être l'insuffisance
de la science psychiatrique, si récente encore, à se suf-
fire à elle-même, donc à offrir ses éléments les plus obscurs
comme base d'une théorie de la personnalité.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

Psychologie des rapports et relations. *Psychologie der Zusammenhänge und Beziehungen*, par Vera STRASSER (Berlin, impr. Julius Springer, 1921).

Ouvrage extrêmement touffu de 569 pages du grand format in-8, écrit d'ailleurs non pas pour le lecteur, mais pour l'auteur lui-même, comme l'indique la superbe déclaration de la page 12 (1) : « Tout lecteur voudrait que l'on écrivent pour lui. L'auteur devrait toujours compter avec la capacité du lecteur ! Comme si un créateur qui porte en soi l'univers et qui veut l'exprimer dans toutes ses relations avec la philosophie et l'art pouvait tenir compte de la capacité d'un commis ! »

Suivent dix chapitres où s'enchevêtrent les discussions d'à peu près tous les problèmes de psychologie, de morale, de sociologie, de psychiatrie, avec incursions à travers diverses doctrines philosophiques. La théorie de la psychanalyse y est fort malmenée à l'occasion du concept de l'inconscient, qui est un vrai non-sens pour l'auteur. Cela lui vaudra d'être classé par les fanatiques du freudisme dans la catégorie des hypocrites ou des imbéciles, mésaventure qui pour un créateur portant en soi l'univers est pire que l'assimilation avec un simple commis.

Comme capable d'intéresser plus particulièrement les psy-

(1) « Jeder Leser verlangt man solle für ihn schreiben. Der Schriftsteller möge immer mit des Lesers Konzentrationsfähigkeit rechnen. Wie wenn ein Schöpfer, der das Weltall in sich birgt und es in allen Zusammenhängen, in der Philosophie Kunst wiedergeben will, mit der Kapazität eines Kommis rechnen sollte. »

chiatres, voici la classification proposée : « 1° Le névrosé
 « atteint dans ses facultés de relation succombe à la dé-
 « pendance où il se trouve. Il ne connaît plus de liberté.
 « Il se cramponne à la contrainte qui l'opprime. — 2° Le
 « malade atteint de psychose transforme en absolus les
 « relations dont il souffre, ou leurs facteurs composants.
 « Ou encore il se fait l'esclave de ses idées pauvres de rela-
 « tions avec le reste de la vie mentale humaine. — 3° L'hom-
 « me moyen estime et cultive les relations au milieu des-
 « quelles il se trouve placé. Comparé au névrosé qui se
 « sent opprimé par elles il n'en souffre qu'indirectement :
 « Il fait de l'absolu une relativité qui lui est agréable. —
 « 4° L'homme de génie est celui qui approche le plus de
 « l'absolu. Il sait au demeurant à quel moment il faut rester
 « dans le relatif où il est engagé et quand il lui faudra
 « ouvrir la voie de l'absolu. »

Cette classification, rédigée ailleurs (1) en français par l'auteur lui-même, exprime d'une façon plus fidèle que ne le saurait faire une plus longue analyse la philosophie de l'ouvrage.

Paul COURBON.

JOURNAUX ET REVUES

MÉDECINE LÉGALE

La défense sociale contre le péril toxique, par le D^r VERVAECK (in *Revue de Droit Pénal et de Criminologie et Archives internationales de Médecine légale*, Bruxelles, avril 1922).

Nul n'était plus qualifié pour cette étude que le distingué directeur du Service d'anthropologie pénitentiaire de Belgique. Le péril toxique n'a cessé depuis la guerre de croître et de s'étendre. Savants et juristes de tous pays sont d'accord pour réclamer les mesures répressives les plus énergiques et en signaler l'urgence.

La Belgique, longtemps réfractaire aux toxicomanies, subit comme les autres pays les ravages de la cocaïnomanie. Le programme répressif proposé par M. Vervaeck comprend une série de mesures dont plusieurs sont réalisées ou en voie

(1) Société de philosophie, mai 1922.

de réalisation, notamment le contrôle sévère de la vente des toxiques au détail (y compris certaines spécialités à propriétés stimulantes ou calmantes), la proscription impitoyable de leur trafic illicite, la surveillance des frontières, enfin des mesures pénales contre les vendeurs clandestins et les délinquants d'origine toxique. L'éducation et la propagande prophylactiques doivent se faire par tous les moyens : conférences, journaux, tracts, et s'adresser surtout aux adolescents et aux intellectuels.

Pour les toxicomanes, comme pour les alcooliques (1), M. Vervaeck propose, quels que soient et le degré d'irresponsabilité et, s'il y a lieu, la peine infligée, d'instituer une mesure supplémentaire restrictive de la liberté et dont la durée dépendrait avant tout de la guérison des habitudes toxiques. Il attire l'attention, en matière de répression de crimes ou délits graves, sur la responsabilité de ceux qui ont favorisé l'état d'intoxication d'autrui : il y a là un fait qu'on peut considérer comme une provocation à l'empoisonnement, voire même à l'homicide.

Enfin, la cure des toxicomanes doit être de longue durée et, en général, requiert l'internement dans un établissement spécial : c'est à l'oubli de cette double condition qu'il faut attribuer la cause de tant d'échecs thérapeutiques. De plus, les toxicomanes guéris doivent être mis en « liberté surveillée ».

Ce n'est qu'en associant ces mesures de prophylaxie, de répression, de traitement et d'assistance, auxquelles concourront à la fois les magistrats, les médecins, les pédagogues et les philanthropes qu'on pourra lutter efficacement contre le danger social des toxicomanies.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

La Syphilis dans les affections mentales, par le Dr Henri HOVEN (in *Archives Médicales Belges*, mai 1922).

M. Hoven donne, dans ce travail, les résultats d'une statistique établie par lui, en 1921, à l'Asile de Mons, et portant sur 205 aliénées. Recherchant systématiquement l'infection syphilitique et, dans les cas positifs, l'influence du traite-

(1) Dr Vervaeck. — *L'alcoolisme et la criminalité immorale chez l'adulte* (XVI^e Congrès international contre l'alcoolisme. Lausanne, 22 août 1921).

ment spécifique, M. Hoven a trouvé 35 fois la syphilis, soit dans 17 0/0 des cas.

La réaction de Wassermann fut toujours positive dans les cas de paralysie générale, soit dans le sérum sanguin, soit dans le liquide céphalo-rachidien. Dans les autres psychoses, la syphilis a été souvent trouvée comme cause aggravante ou comme cause prédisposante. Cette action a paru à l'auteur assez importante dans certains cas de confusion mentale, de démence précoce, de démence sénile, d'épilepsie. Beaucoup de dégénérés, d'insuffisants mentaux sont atteints d'infection syphilitique. En conclusion, M. Hoven estime qu'il est nécessaire de soumettre ces malades à un traitement spécifique actif.

René CHARPENTIER.

Etude expérimentale du mécanisme des hallucinations, par Morton PRINCE (*British J. of Psychology*, Medical Section, avril 1922).

M. Prince s'est servi pour cela des méthodes qui lui sont familières, largement exploitées par ailleurs dans la « *Dissociation d'une Personnalité* » et dans son ouvrage récent sur l'*Inconscient*. Il a utilisé les hallucinations provoquées, l'hypnose qui permet de déceler les processus subconscients correspondant à ces « visions dans le cristal », enfin et surtout l'écriture automatique qui témoigne de cette même activité sous-jacente. Les expériences les plus importantes furent ordonnées de telle sorte que, par suggestion à l'état de veille, l'auteur provoquait différents ordres de phénomènes subconscients (rappels de souvenirs, rêveries sur un thème donné, constructions imaginatives) que décelait pendant tout leur cours l'écriture automatique dont le produit était considéré comme tout à fait ignoré du sujet.

Au bout de peu de temps se manifestaient une ou plusieurs « hallucinations » surtout visuelles, parfois auditives, dont la durée et le détail étaient oralement signalées. La comparaison entre les deux ordres de phénomènes concomitants permettait de saisir sur le vif les rapports entre le subconscient et l'hallucination.

Prince en tire les conclusions suivantes : Il existe un type d'hallucination visuelle ou auditive dont les images sont issues d'un processus mental dissocié ; l'hallucination ne représente que l'émergence, à fleur de conscience, d'images préalablement éveillées dans le subconscient et qui, se trouvant étrangères aux processus conscients en cours, prennent nécessairement la forme hallucinatoire. Ces halluci-

nations offrent précisément les mêmes caractères que celles que l'on observe chez les aliénés. Elles indiquent donc chez eux l'existence de processus subconscients générateurs de psychoses. Il s'ensuit que l'étude de la genèse et de la psychopathologie des psychoses revient à la recherche des facteurs qui ont pu entraîner la dissociation et, par là, l'activité subconsciente morbide.

L'auteur n'a pas la prétention de ramener toutes les hallucinations à ce mécanisme. Mais n'est-il pas permis de supposer que les états toxiques et les lésions organiques qui affectent le cerveau suspendent en quelque sorte l'inhibition et permettent par là l'expression des processus subconscients dissociés.

Ainsi peut être supprimé ce problème psychologique jamais résolu : de la différenciation entre les images normales et l'hallucination. Elles seraient identiques, l'hallucination ne représentant que l'image normale issue d'un processus subconscient dissocié.

L'hallucination, loin de manifester une régression vers un mode infantile de la pensée, comme le voudrait Freud, nécessiterait au contraire un développement psychique très poussé.

L'imagerie qui se déroule dans certains rêves se développerait selon un mécanisme tout à fait identique.

Les conclusions si intéressantes de ce long travail eussent gagné à être étayées sur une expérimentation étendue à plus d'un sujet. Les hallucinations décrites nous apparaîtraient plutôt comme des représentations mentales vives provoquées chez une hystérique évidente.

Cependant, cette analyse minutieuse constitue un document important pour l'étude d'un point crucial de la psychologie ; et le mérite serait grand si les travaux à venir confirmaient cette opinion de M. Prince : l'imagerie consciente et l'hallucination sont de nature identique. L'histoire de la philosophie, en particulier, a récemment montré qu'il n'est point d'obstacle plus grand qu'un problème mal posé, puisque la recherche de sa solution frappe de stérilité l'effort des chercheurs.

A. BROUSSEAU.

Archives of neurology and Psychiatry. The pathological Laboratory (Mandsley Hospital, Londres, vol. VIII).

Dans cet ouvrage, Sir Frederick Mott a rassemblé les résultats des recherches originales qu'il poursuit inlassable-

ment à Denmark Hik, secondé par un état-major de psychiatres et d'anatomo-pathologistes éminents, au premier rang desquels il convient de citer le Dr Golla. Son objet principal est ici de montrer le parallélisme qui existe entre l'évolution régressive atteignant les glandes sexuelles et la constitution du tableau clinique de la démence précoce. Une profusion de dessins et de planches en couleurs illustre les assertions de l'auteur. On observe tout d'abord les altérations du spermatozoïde, puis la défaillance des fonctions nucléaires s'affirme. La spermatogénèse se réduit, les tubuli s'atrophient ; en même temps la glande interstitielle se montre profondément lésée. Mott se défend d'ailleurs de considérer l'atteinte des glandes sexuelles comme le fait primitif ; il l'envisage, plutôt, au même titre que les altérations du cerveau et des glandes endocrines, comme l'expression d'une insuffisance organique générale soulignée par la puberté, mais dont une étude attentive permettrait de retrouver les signes dès les premiers temps de la vie.

Albert BROUSSEAU.

WAGNER VON JAUREGG, Directeur de la Clinique psychiatrique de Vienne, Le traitement de la P. G. P. par l'inoculation paludique. (*Arch. Med. Cir. y Spec.*, Madrid, 19 août 1922).

L'auteur de la méthode, bien connue pour sa hardiesse, de traitement de la P. G. par l'injection de sang de paludéen, retrace les phases successives de ses recherches et raconte comment, depuis ses premiers essais de 1887, il est parvenu à sa méthode actuelle, expérimentée en 1917.

Ayant remarqué, à la suite de nombreux auteurs, que la fièvre, quelle qu'en soit la cause, possédait un pouvoir modificateur de premier ordre sur l'évolution de la P. G., le plus souvent vers une rémission de très longue durée, l'auteur expérimenta en 1887, avec quelques succès, les inoculations de paludisme, estimant « que la provocation artificielle de cette maladie était exempte de danger pour le malade et pour son entourage ».

En 1895, lorsque Koch fit connaître la tuberculine, c'est à celle-ci que l'auteur s'adressa pour provoquer la fièvre ; et il fut suivi dans cette voie par Pilcz qui en obtint également de bons effets. Mais cette méthode était dangereuse. Il eut alors recours à la vaccine anti-typhique de Besredka. Enfin, au printemps 1917, il injecta à des paralytiques un germe recueilli dans le sang d'un soldat que l'examen clinique et microscopique démontrèrent atteint de fièvre tierce.

Puis il se servit du sang des malades ainsi inoculés pour traiter de même un lot de malades anciens et de malades récents.

Les résultats furent encourageants : sur 6 malades frais, traités en 1917, 3 peuvent encore, 4 ans plus tard, se livrer à leurs occupations.

Aussi, depuis 1917, l'auteur a-t-il appliqué à un nombre croissant de malades (plus de 200 à ce jour) sa méthode qui consiste à prélever dans la veine d'un malade en plein accès fébrile du sang que l'on réinjecte immédiatement sous la peau d'un autre malade à la dose de 1 à 4 cc. L'auteur laisse se produire 10 à 12 accès, puis il détruit chez le malade les plasmodies par l'emploi de la quinine.

Il ajoute que celle-ci est particulièrement efficace pour faire disparaître radicalement ces plasmodies qui depuis plusieurs générations ne se multiplient que par reproduction asexuée, sans le passage dans le corps de l'anophèle.

Louis PARANT.

PSYCHOLOGIE

G.-R. LAFORA, Directeur du laboratoire de Physiologie cérébrale de l'Institut Cajal, *Etudes Psycho-analytiques sur les obsessions*. (*Arch. Med. Cir. y Especial*, Madrid, 1922, n° 36).

Lafora rejette la théorie pansexualiste de l'école de Freud pour reconnaître que l'instinct de conservation est aussi important que l'instinct sexuel, comme facteur de « refoulement », et, partant, dans la genèse des psychonévroses. Il cite à l'appui de cette manière de voir, la grande guerre, comme génératrice de troubles psychiques.

Il analyse, d'autre part, deux cas particulièrement intéressants. Une jeune fille de 21 ans présente depuis quelques jours des phénomènes anxieux (peurs, oppression, angoisse); elle pleure, se désespère, et est en proie à des *idées obsédantes absurdes*. Deux mois auparavant elle avait été vivement inquiétée au sujet des frères de son fiancé, atteints tous deux de fièvre typhoïde, et dont l'un est mort. Cet état anxieux paraissait donc avoir une origine facile à percevoir. La psychoanalyse a permis cependant d'en reconnaître une toute autre. La malade était tourmentée par l'idée obsédante que peu après son mariage elle détesterait son mari, et finirait par le tromper. Un long dialogue psychoanalytique permit de reconnaître le complexe sexuel, dont la ma-

lade suppliait de ne pas poursuivre la recherche : un amour contrarié pour un danseur qui flirtait avec elle, et que sa mère lui persuada d'abandonner pour le fiancé qu'on lui proposait.

La psychoanalyse a rétabli la liaison logique entre les symptômes et leur cause. Mais cet enchaînement logique échappe à peu près constamment au malade lui-même, en raison du *transport affectif* qui projette sur d'autres personnes ou d'autres objets le sentiment pénible primitif. L'auteur n'admet pas, comme Freud, que l'*autoreproche* initial remonte toujours à l'enfance.

Très différente, une autre malade, de 50 ans, est obsédée par la question de savoir si les astres sont habités ; et cette *obsession métaphysique* la trouble au point de lui donner l'impression qu'elle a perdu la raison. Il ne semble d'abord pas que les méthodes freudiennes puissent expliquer de semblables idées ; et cependant après un an et demi d'efforts voici ce qu'a pu découvrir l'auteur : 27 ans auparavant, lors de sa 2^e grossesse, la malade, qui a une hérédité chargée, traversa une période anxieuse avec crainte de la mort ; cet état se répéta trois autres fois, avec, la troisième fois, la préoccupation de savoir si d'autres astres étaient habités. Au cours du quatrième et dernier accès, la malade eut d'abord, dans une phase initiale, la crainte de la mort ; puis on vit apparaître les idées obsédantes relatées plus haut.

Cette obsession montre l'importance de l'instinct de conservation dans la genèse des obsessions.

Louis PARANT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 20 Novembre 1922.

Président : M. le D^r ARNAUD

P. G. conjugales, par le D^r A. MARIE. — En présentant les pièces histologiques du couple de syphilis neurotropes précédemment soumis à l'examen de la Société, le D^r Marie présente un Tabo P. G. vivant, veuf d'une première femme morte P. G. à Ville-Evrard en 1908 et remarié à une femme en voie de tabès fruste avec W. + et édentation supérieure atrophique (comme son mari et la première femme de ce dernier).

Délire systématisé fantastique à base d'imagination et d'hallucinations. Organisation progressive des idées incohérentes. Dissociation mentale. Son rôle dans la production des hallucinations auditives. — MM. LEROY et MONTASSUT présentent une jeune femme de 38 ans qui, à la suite d'une ménopause précoce, a été internée pour un délire systématisé fantastique à base d'imagination et d'hallucinations. La malade, ancienne danseuse de l'Opéra, a créé un système délirant curieux de grandeur et de filiation, où l'on retrouve les souvenirs du milieu où elle a vécu ; on peut même suivre la progression des idées incohérentes, plus logiques qu'elles ne paraissent au premier abord. En même temps que cette fantasmagorie où le rêve se trouve mêlé à la vie réelle, le sujet présente des hallucinations auditives, sous forme d'un téléphone imaginaire, au moyen duquel elle communique avec l'univers entier. La scission du moi est complète ; cette dissociation de la personnalité explique les hallucinations de la malade, comme l'a si bien montré Gilbert Ballet.

Un cas de troubles psychiques et respiratoires consécutifs à l'encéphalite épidémique, par MM. J. ROUBINOVITCH, BARUK et BARIÉTY. — Présentation d'un enfant de quinze ans qui, à la suite d'une encéphalite épidémique survenue au mois de mars 1920, a manifesté des troubles mentaux et des troubles du rythme respiratoire. Au point de vue mental, les troubles du caractère prédominent : l'enfant est méchant, querelleur, batailleur, désobéissant. Les fonctions intellectuelles (mémoire, orientation) sont tout à fait in-

actes. Par contre, on note des phases d'inhibition pendant lesquelles toute opération psychique est suspendue. Les phases d'inhibition semblent en rapport avec les troubles respiratoires. Ceux-ci consistent dans des périodes d'apnée pendant lesquelles toute activité motrice est suspendue, suivies de polypnée respiratoire bruyante supérieure, survenant très fréquemment dans la journée, disparaissant dans le sommeil. Au point de vue somatique, on note une attitude figée et une lenteur des mouvements. Pas de modification des réflexes tendineux. Le réflexe oculo-cardiaque est inversé. Le liquide céphalo-rachidien contient 1 gr. d'albumine.

Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite léthargique chez les enfants. Troubles mentaux et troubles respiratoires. — M. G. ROBIN présente deux enfants, l'un âgé de 13 ans qui, après une encéphalite léthargique contractée en 1921, présente des troubles du caractère : violences, colères, fugues, mythomanie, dénonciations calomnieuses au Commissariat de Police, vols, etc.

L'autre malade est taquin, turbulent, impulsif, avec tendance à embrasser et à envoyer des baisers ; il a de la tachypnée paroxystique, avec exacerbation vespérale et nocturne, cris, morsures des lèvres et vertiges pendant les phases d'apnée. Chez ces deux enfants, réflexe oculo-cardiaque fortement positif.

Un cas d'échopraxie (*Présentation de malade*). — Mlle SERIN montre un malade d'origine Russe, Stephen K..., qui, depuis qu'il est entré dans le Service de M. le Dr Lwoff, attire l'attention par ce fait qu'il imite dans tous ses gestes, ses détails, son expression mimique, un autre malade qu'il a spontanément et exclusivement choisi comme modèle, ce modèle n'ayant d'ailleurs rien qui semble devoir attirer l'attention. Cette imitation attentive, continue, minutieuse, élective, s'arrête, d'ailleurs, dès que les gestes à imiter pourraient devenir désagréables ou dangereux pour lui ou pour son entourage : ainsi quand le modèle envoie un coup de poing assez violent à un tiers, K... envoie bien un coup de poing, mais très léger et en souriant, comme s'il se rendait compte qu'il se prête à un jeu. Cette imitation s'arrête aux sons. Le malade ne siffle, ne chante ni ne crie comme son modèle.

Nous ne connaissons rien du passé du malade, qui ne parle pas français et qui d'ailleurs garde un mutisme à peu près complet. Il a dit une fois qu'il avait un programme à remplir, que ce programme devait rester secret. — Pas de catatonie, pas de négativisme, pas de trouble somatique apparent, pas d'impulsions. En somme, il semble qu'il

s'agisse plutôt d'un phénomène d'imitation volontaire, consciente, obéissant à une idée délirante, qu'à un automatisme.

Séquelles d'encéphalite épidémique, par MM. HAMEL et MERLAND (Asile de Maréville). (*Présentation de documents*). — MM. HAMEL et MERLAND, de l'Asile de Maréville, près Nancy, communiquent l'observation d'une fillette de 7 ans 1/2 atteinte deux ans auparavant d'encéphalite léthargique et qui, normale jusque-là, a présenté, depuis, des troubles du caractère et un affaiblissement intellectuel accusé.

Les auteurs pensent que dans ce cas, il y a, non seulement arrêt de développement physique, impossibilité d'acquisitions nouvelles, mais rétrocession des notions éducatives et réapparition des instincts les plus primitifs. Il s'agit donc, malgré la conservation relative des notions scolaires, d'un processus proprement démentiel.

Un cas d'aphasie totale. Suppression de toutes les fonctions symboliques. Apparence démentielle. Absence d'affaiblissement intellectuel réel, par MM. P. VERNET et A. MERLAND (Asile de Maréville). — MM. P. VERNET et MERLAND, Internes à l'Asile de Maréville, rapportent un cas d'aphasie totale avec suppression de toutes les fonctions symboliques et apparence démentielle, sans affaiblissement intellectuel réel.

MM. les D^{rs} TRÉNEL et CÉNAC présentent le cas d'une épileptique morte presque subitement par thrombose de la mésentérique supérieure avec gangrène suraiguë de l'iléon. Les pièces ont été présentées à la Société anatomique.

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

M. Euzière, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé, à partir du 1^{er} novembre 1922, professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à ladite Faculté, en remplacement de M. Mairet, admis à la retraite. (*Journal Officiel*, 1^{er} nov. 1922).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

VACANCE DE POSTE. — Poste de Directeur-Médecin, à l'Asile public d'aliénés de Lesvellec (Morbihan).

CONCOURS DE MÉDECINS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS, 1922.
— Après avis de la Commission des médecins des asiles, il a été décidé à titre tout à fait exceptionnel de considérer 3 candidats du concours de 1922 comme reçus au titre des asiles privés.

La liste des candidats au titre B est rectifiée de la façon suivante :

1. M. Parant ; 2. M. Billet ; 3. M. Abrial ; 4. M. Laffon ; 5. M. Slizewicz ; 6. Mlle Pezé ; 7. M. Vernet.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

Concours des Médecins des Asiles publics d'aliénés

DÉCRET DU 26 DÉCEMBRE 1922

Le Président de la République française,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;

Vu le décret du 2 février 1910 et les décrets qui l'ont modifié ;

Vu le décret du 3 janvier 1922 ;

Vu l'avis du Comité des Inspecteurs généraux des services administratifs ;

Vu l'avis de la Commission des Médecins des Asiles en date du 29 novembre 1922 ;

Sur la proposition du Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales,

Décète :

ARTICLE PREMIER. — Les paragraphes 2 et 3 de l'article 3 du décret du 3 janvier 1922 sont supprimés.

ART. 2. — L'alinéa 1^{er} du paragraphe 5 de l'article 9 du décret précité, relatif à l'épreuve sur titres exigée des candidats au concours des médecins des Asiles, est supprimé et remplacé par la disposition suivante :

« 5° Une épreuve sur services hospitaliers et travaux scientifiques. Le maximum des points est 20, dont 1 à 10 pour le stage comme interne pendant deux ans au moins dans un établissement public consacré au traitement des aliénés ou dans la clinique des maladies mentales d'une faculté de médecine, ou dans un asile privé ou quartier d'hospice faisant fonction d'asile public, 5 pour les titres et 5 pour les travaux scientifiques. »

ART. 3. — Les paragraphes 3, 4 et 5 de l'article 13 du décret sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :

« Tout candidat qui n'accepte pas de poste ou qui ayant accepté un poste ne l'occupe pas effectivement est considéré comme renonçant aux droits qu'il tient du concours, à moins qu'il ne soit chef de clinique titulaire ou chef de clinique adjoint en fonctions, nommé au concours dans une Faculté de l'Etat.

« Le titre de médecin des asiles ne sera acquis que par les médecins ayant exercé ces fonctions dans les asiles publics pendant une période d'un an au minimum. »

ART. 4. — Le paragraphe 3 de l'article 14 est ainsi modifié :

« A ces traitements s'ajoute la jouissance des allocations en nature déterminées par le règlement de chaque asile (logement, chauffage, éclairage, etc.), ainsi qu'une indemnité éventuelle de fonction pour ceux des médecins chefs nommés en même temps directeurs, indemnité qui pourra être fixée chaque année par le Conseil général. »

ART. 5. — Le paragraphe 1^{er} de l'art. 17 du décret est modifié de la manière suivante :

ART. 17. — Les mesures disciplinaires applicables au personnel médical des asiles publics d'aliénés sont :

- 1° l'avertissement ;
- 2° la censure ;
- 3° l'ajournement pendant 3 ans au plus d'une présentation à la classe supérieure ;
- 4° le déplacement d'office ;
- 5° la rétrogradation de classe ;
- 6° la mise en disponibilité d'office ;
- 7° la radiation des cadres ;
- 8° la révocation.

ART. 6. — Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 26 décembre 1922.

A. MILLERAND.

Par le Président de la République :

*Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance
et de la Prévoyances sociales,*
Paul STRAUSS.

CONCOURS DES MÉDECINS DES ASILES D'ALIÉNÉS EN 1923

Par arrêté du Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en date du 8 janvier 1923, la date du concours pour l'admission aux emplois de médecins-chefs

de service dans les asiles publics d'aliénés et des asiles privés faisant fonction d'asiles publics a été fixée au *lundi 12 mars 1923*.

Le nombre des postes mis au concours est de 12.

Les candidats doivent être Français, docteurs en médecine d'une Faculté de l'Etat, avoir satisfait aux obligations imposées par les lois sur le recrutement de l'armée et avoir eu moins de 33 ans au 1^{er} janvier 1923. Cette limite d'âge est prolongée de la durée des services militaires pendant la guerre de 1914.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de services et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leur publication.

Les candidatures seront reçues au Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, 1^{er} Bureau de la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques (7, rue Cambacérès), jusqu'au *mardi 20 février inclus*.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

Aux termes des décrets des 3 janvier 1922 et 26 décembre 1922, les épreuves du concours comprennent :

A) *Epreuves d'admissibilité :*

1^o Question écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux. — Maximum : 30.

2^o Question écrite sur la pathologie mentale. — Maximum : 30.

3^o Question écrite sur la pathologie interne ou l'hygiène hospitalière. — Maximum : 20.

4^o Question écrite sur l'organisation et le fonctionnement des établissements d'aliénés et la législation applicable aux aliénés. — Maximum : 20.

5^o Epreuves sur titres :

a) Civils, hospitaliers et scientifiques. — Maximum : 20 (dont 10 pour le stage, 5 pour les titres et 5 pour les travaux scientifiques).

b) Militaires. — Maximum : 10.

B) *Epreuves définitives :*

1^o Epreuve clinique orale sur un seul malade : diagnostic, pronostic, traitement, assistance. — Maximum : 40.

2° Epreuve clinique écrite sur un seul malade : diagnostic, de l'état mental et conséquences qui en découlent au point de vue de la législation civile et criminelle. — Maximum : 40.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE
ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

Retraites du personnel subalterne

Le Président de la République française,

Sur la proposition du ministre du travail, du ministre des finances et du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales,

Vu la loi sur les retraites ouvrières et paysannes et notamment les paragraphes 3 et 4 de l'article 10 de ladite loi ;

La délibération de la commission de surveillance de l'asile des aliénés de Quimper en date du 28 octobre 1920 ;

Les propositions du préfet et les autres pièces de l'affaire,
Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Est approuvé le régime de retraites établi en faveur du personnel subalterne permanent de l'asile des aliénés de Quimper, conformément au règlement ci-annexé.

En conséquence, les bénéficiaires dudit régime sont soustraits à celui de la loi du 5 avril 1910.

ART. 2. — Les ministres du travail, des finances et de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 13 octobre 1922.

A. MILLERAND.

Par le Président de la République :

Le ministre du travail,

Albert PEYRONNET.

Le ministre des finances,

Ch. DE LASTÉYRIE.

Le ministre de l'hygiène, de l'assistance

et de la prévoyance sociales,

Paul STRAUSS.

**Règlement de retraites en faveur du personnel subalterne
permanent de l'Asile des Aliénés du Finistère
à Quimper**

ARTICLE PREMIER. — Le personnel subalterne permanent de l'asile public des aliénés du Finistère à Quimper est obli-

gatoirement affilié à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse.

Il subit, dans ce but, une retenue de 2,50 p. 100 sur le salaire.

Le montant de cette retenue est versé à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse à la fin de chaque trimestre.

L'asile des aliénés verse également, à titre de contribution patronale, une somme d'égale valeur.

ART. 2. — Les versements des intéressés sont effectués à leur choix, soit à capital aliéné, soit à capital réservé.

Le versement de la part contributive de l'asile est toujours effectué à capital aliéné.

En cas de mariage, les agents hommes devront faire connaître s'ils entendent faire profiter leur conjoint des versements auxquels ils auront été astreints. Dans l'affirmative, ces versements profitent par moitié à chaque conjoint, sauf s'il y a séparation de corps ou de biens, ou divorce.

ART. 3. — L'âge normal de la cessation des services est fixé à soixante ans.

Toutefois, les intéressés pourront être maintenus en fonctions jusqu'à soixante-cinq ans ou jusqu'à une année intermédiaire entre soixante et soixante-cinq ans ; dans ce cas, les versements tant personnels que patronaux sont effectués jusqu'à la cessation effective des services.

De même, les intéressés auront la faculté de demander la liquidation de leurs pensions de retraite pour cessation de services à partir de cinquante-cinq ans.

ART. 4. — Sauf les dispositions qui précèdent, il sera fait application, dans l'exercice de ce règlement de retraites, des dispositions de la loi du 20 juillet 1886 et des lois et décrets successifs qui l'ont modifiée.

ART. 5. — Pour la période transitoire et jusqu'à complet fonctionnement du présent règlement, les intéressés recevront, en plus de la pension qui pourra résulter des versements effectués à leur compte d'assurance, un complément de rente devant porter leur retraite au chiffre de 1.200 fr. et celle de leur veuve à 600 fr. après soixante ans d'âge et treute ans de services effectifs.

TABLE DES MATIÈRES

DOUZIÈME SÉRIE

TOME II. — JUIN-DÉCEMBRE 1922

Chroniques

Le Centenaire de la thèse de Bayle, par M. Alf. FILLASSIER.....	5
Les limites naturelles des transferts des Aliénés, par M. Maurice MIGNARD	97
Le Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Quimper (1 ^{er} -6 août 1922), par Paul COURBON.....	193
L'Expertise psychiatrique et les Médecins non spécialisés, par G. DEMAY.....	289
L'état actuel de la Maison de Charenton	385

Articles originaux

LE MAUX et REBOUL-LACHAUX. — Centenaire de la thèse de Bayle (1822-1922)	12
G. HALBERSTADT. — Une question de doctrine psychiatrique : la psychose délirante dégénérative aiguë.....	100
J. RAYNIER et H. BEAUDOUIN. — Aperçu historique sur le régime des aliénés.....	118
Maurice BRISSOT. — Réponse à une critique allemande : Les idées de Hoche et de Binding.....	206
Julien RAYNIER. — En marge des discussions ouvertes devant la Société Médico-Psychologique sur les malades dits « petits mentaux » et la création de « Services ouverts ».....	216
August VIMMER. — Sur deux cas d'auto-accusation pathologique	300
G. PASCAL et F. LAURENT. — Abscès de fixation et examen du fond mental	320
O.-J. RAEDER, Mlle G.-L. LOWDEN, M.-A. BROUSSEAU. — L'évolution de la méthode des tests Binet-Simon en Amérique.....	393

Médecine légale

Roger DUPOUX. — De la subjugation consciente de la volonté dans l'accomplissement de certains crimes ou délits.....	225
R. BENON. — Désertion en présence de l'ennemi ; mélancolie après l'acte.....	233

Documents Cliniques

P. GUIRAUD. — Délire systématisé et inversion sexuelle.....	128
Calixte ROUGÉ. — Deuxième statistique complémentaire. Aliénés admis à l'asile de Limoux en 1921, dont la folie a été déclarée imputable à la guerre de 1914-18.....	133

Société Médico-Psychologique

Séance du lundi 29 mai 1922. — Correspondance : MM. Jean Robert, Jean Eissen. — Rapport de M. René Charpentier sur la candidature de M. Raviart (*élection*). — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Abadie (*élection*). — Rapport de M. René Charpentier sur la candidature de M. George Gordon (*élection*). — Rapport de M. René Charpentier sur la candidature de M. Aug. Ley (*élection*). — Rapport de M. Rogues de Fursac pour le prix Aubanel, décerné à MM. Xavier et Paul Abély. — Rapport de M. Mignard pour le prix Moreau de Tours, décerné à MM. Le Maux et Reboul-Lachaux. — Rapport de M. H. Colin pour le prix Belhomme ; récompense à M. Renaux. — Séquelles d'encéphalite léthargique. Présentation de 3 malades, par MM. André Collin, Tobolowska, Requin. Discussion : MM. Legrain, Truelle. — Un cas d'encéphalite épidémique à évolution chronique et à forme pseudo-bulbaire, par MM. Mourlon, Henri Colin et J. Lhermitte. Discussion : MM. Truelle, Lhermitte, Mignard, Briand, Claude, Colin, Toulouse. — Crises d'anxiété paroxystiques chez un obsédé avec délire de doute métaphysique, par MM. Henri Claude et A. Borel. Discussion : MM. Arnaud, Claude. — Mélancolie consécutive à une fracture du crâne, par MM. H. Colin, Lhermitte et G. Robin. — Les séquelles psychiques de la guerre, par M. H. Colin. — Action de l'adrénaline sur certains états dépressifs avec hypotension artérielle, par M. G. Naudascher. Discussion : M. Lerat. — Note sur le fonctionnement du centre de psychiatrie de la 18^e Région pendant la guerre, par M. Molin de Teyssieu..... 38

Séance du lundi 26 juin 1922. — Correspondance : MM. Raviart, Ley, Abély, Le Maux, Reboul-Lachaux, Renaux, Viggo Christiansen. — Invitation au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Invitation de la Société Suisse de Psychiatrie. — Rapport de M. Charpentier sur la candidature de M. Jean Robert (*élection*). — Rapport de M. J. Rogues de Fursac sur la candidature de M. Jean Essein (*élection*). — Les méthodes objectives de psychodiagnostic, par MM. Bonhomme et Stephanopoli. Discussion : MM. Toulouse, Colin, Mignard. — Quelques remarques générales sur les états psychopathiques qui apparaissent dans la vie individuelle et ceux qui se répètent à travers les générations. Essai d'une classification psychiatrique biologique, par M. Piltz (de Cracovie). — Troubles psychiques à caractère spécial au cours d'une encéphalite épidémique, par M. Pierre Kahn. Discussion : MM. René Charpentier, Pierre Kahn, Dupain, Antheaume, Mignard. — Hallucinations lilliputiennes et paludisme, par M. Hikray (de Bagdad). Discussion : M. Leroy..... 137

Séance du lundi 24 juillet 1922. — Correspondance : MM. Eissen, Levassort, Paul Strauss. Discussion de la lettre de M. Strauss sur les « services ouverts » : MM. Semelaigne, Dupouy, Charpentier, Legrain, Arnaud, Chaslin, Simon, Ségla, H. Colin, Claude, Toulouse, Mignard. — Nomination d'une Commission chargée d'étudier la réponse à faire au Ministre..... 241

<i>Séance du lundi 30 octobre 1922.</i> — Correspondance : MM. Simon, Guiraud, H. Flournoy, M. le Directeur de la Bibliothèque de Bratiolova. — Décès de MM. Déricq, Julia de Mattos. — Sur le langage automatique, par M. Quercy. Discussion : MM. Mignard, Legrain. — Psychoses associées. Onirisme et symptômes maniaques, par M. V. Parant. — Les Services ouverts. Discussion : MM. Simon, Antheaume, Toulouse	330
<i>Séance du lundi 29 novembre 1922.</i> — Correspondance : MM. Rodiet, Quercy, Minkowski, René Charpentier. — Communication de la Société suisse de Psychiatrie. — Décès de M. Conso. — Rapport de M. Capgras sur la candidature de M. Guiraud (<i>élection</i>). — Rapport de M. René Charpentier sur la candidature de M. Flournoy (<i>élection</i>). — Psychopathie syphilitique chez un prédisposé (Délire onirique. Etat obsédant post-onirique), par M. René Targowla et Mlle L. Pezé. Discussion : MM. Arnaud, H. Colin, Marchand, Piéron, Targowla, Toulouse. — Le secret professionnel en matière d'aliénation mentale dans la pratique du service libre, par M. Roger Dupouy. Discussion : MM. Briand, Antheaume, Vallon, Toulouse, Dupouy	401

Analyses

Bibliographie et analyses	169, 279, 364,	431
---------------------------------	----------------	-----

Congrès

XXVI ^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française. Quimper, 1 ^{er} -6 août 1922 (cte.-rendu).	258
XXVI ^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française	92
XVI ^e Congrès français de Médecine	94
Congrès de Médecine légale	95
Société Suisse de Psychiatrie	96
3 ^e Réunion Neurologique internationale annuelle	179
Le Congrès d'Hygiène mentale de Paris	181

Sociétés Savantes

Société clinique de Médecine mentale. Séance du 15 mai, 19 juin, 17 juillet, 20 novembre 1922	90, 177, 280,	459
---	---------------	-----

Variétés

Décrets, Arrêtés ministériels et préfectoraux. Distinctions honorifiques. Nominations et promotions. Nécrologie, Concours. Prix de l'Académie et des Sociétés savantes..	92, 185, 282, 375,	461
--	--------------------	-----

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

- Abscès de fixation ; utilisation pour examen du fond mental, II, 320.
 Académie de Médecine ; prix, II, 185.
 Acoustique (nerf) ; tumeurs, I, 76.
 Administration :
 — Recouvrement des frais d'entretien des aliénés, I, 93.
 — Organisation médicale et administrative des asiles, I, 475.
 Adrénaline (réaction de F) dans le domaine des émotions, I, 67.
 — traitement des ictus paralytiques, I, 60.
 Alsace. La pratique psychiatrique, I, 193.
 Agitation motrice et rigidité musculaire ; anatomo-pathologie, II, 264.
 Alcool. Prohibition aux Etats-Unis ; histoire ; résultats sociaux, II, 436.
 Aliénés en liberté, I, 385.
 Amnésie et pendaison, I, 378.
 Anaphylaxie et colloïdoclasie, I, 71.
 Anxiété paroxystique chez un obsédé avec délire de doute métaphysique, II, 62.
 Assistance :
 — principes généraux de l'Assistance aux psychopathes, II, 182.
 — services ouverts de psychiatrie, II, 161, 216, 241, 276, 348.
 — assistance aux psychopathes (Congrès de Quimper), II, 268.
 — subvention au service libre de Ste-Anne, I, 92.
 — assistance et enseignement psychiatriques, II, 444.
 — le transfert en province des aliénés de la Seine, II, 97.
 — Restrictions des services de Bicêtre et de la Salpêtrière, I, 289.
 — Projet Grinda et hygiène mentale, I, 298.
 — Service libre de Ste-Anne ; fonctionnement, I, 338.
 — Service libre du Loiret, I, 346.
 — Service d'observation du Nord, I, 354.
 — infirmiers ; diplôme d'Etat de capacité, II, 186.
 — écoles d'infirmières ; conseil de perfectionnement, II, 284.
 — Retraite du personnel infirmier (Quimper), II, 465.
 — distribution des fonds du pari mutuel aux œuvres d'assistance, II, 189.
 — soins aux aliénés militaires pensionnés, I, 94.
 — les asiles russes pendant la guerre et la révolution, I, 467.
 Voir : administration, Charenton, législation, régime des aliénés.
 Asthénie et anémie ; traitement par nucléinate de manganèse, II, 173.
 Auto-accusations pathologiques, II, 300.

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société médico-psychologique. Les chiffres en italiques se rapportent à des matières connexes contenues dans les articles originaux ou communications.

Bayle et les travaux de Charenton, II, 13.
 Bell (Charles), monographie, II, 373.
 Benjoin colloïdal (réaction du), II, 276 ; voir : liquide céphalo-rachidien, syphilis.
 Biométrie (éléments de), II, 169.
 Centenaire de la thèse de Bayle, I, 181, 278, 476 ; II, 5, 42.
 Centenaire de Pasteur à Strasbourg, II, 287.
 Cerveau ; tumeur, II, 371.
 Cervelet et isthme de l'encéphale (traité de pathologie), II, 437.
 Charenton ; organisation de la Maison en 1922, II, 385.
 Cholestérinémie et état obsédant post-onirique, II, 418.
 Circulatoire (appareil), traité de pathologie, I, 367.
 Classification psychiatrique, II, 152.
 Collectionnisme, I, 65.
 Colloïdoclasie et anaphylaxie, I, 71.
 Commotionnels (troubles mentaux post-), I, 451.
 Concours :
 — médecins de la Seine, 1922, I, 92, 97, 180.
 — médecins des asiles, 1922 ; résultats, I, 381.
 — médecins des asiles, 1923 ; règlement, II, 462.
 — d'appareils ménagers, II, 285.
 Congrès :
 — aliénistes ; Quimper, 1922, II, 92, 193, 258.
 — médecine légale ; vœux, II, 95.
 — français de médecine ; programme, II, 94.
 Conscience de l'état morbide chez les psychopathes, I, 241.
 Crâne (fracture du) ; mélancolie consécutive, II, 71.

Criminologie et psychiatrie (Argentine), I, 80.
 Dégénérescence : voir psychose dégénérative.
 Délinquance militaire et expertise, I, 54, 120.
 Démence précoce ; — syndrome hébéphrénocatatonique dans l'encéphalite épidémique, I, 246.
 — et maniérisme, I, 373.
 Démence des épileptiques, I, 371.
 Dépressifs (états) avec hypotension artérielle, II, 83.
 Dermatologie (traité), II, 433.
 Digestif (appareil), traité de pathologie, I, 365.
 Emotion expérimentale ; études psychopathologiques, I, 70.
 Emotion et âge ; réaction de l'adrénaline, I, 67.
 Encéphalite épidémique :
 — Etude générale ; congrès de Quimper, II, 258.
 — étiologie et prophylaxie, I, 72.
 — troubles mentaux post-encéphalitiques, I, 246.
 — formes mentales prolongées, I, 77, 470.
 — séquelles, chez les enfants, II, 48.
 — hypomanie chez les enfants, I, 378.
 — forme pseudo-bulbaire prolongée, II, 53.
 — I, 74. — Cas observés dans la Nièvre, I, 408.
 — pronostic par abcès de fixation, I, 74.
 — forme de pseudo-démence précoce, II, 153 ; I, 246.
 — parkinsonnisme, I, 471.
 — et érotisme, II, 54.
 — prodromes psychopathiques ; période médico-légale, I, 78.
 — et suicide, I, 251.
 — transmission placentaire de l'encéphalite, I, 73.

— et grossesse, I, 74.
 — similitude avec la méningite tuberculeuse de l'enfant, I, 73.
 — urémie à forme encéphalitique pseudo-myoclonique, I, 73.
 — à forme de pseudo-tétanos, II, 264.
 — et herpès, II, 154.
 Endocrinienne (épreuves) en médecine mentale, II, 174.
 Enfants ; voir : encéphalite, infantile.
 Engrenage en psychopathologie, I, 80.
 Epilepsie :
 — Etat de mal mortel et Gardénal, I, 39.
 — traitement de l'état de mal, I, 436.
 — et pyopneumothorax, II, 277.
 — démence des épileptiques, I, 371.
 Epuisement aigu et rêve vrai, I, 376.
 Equilibre psychique et perturbations, I, 66.
 Erythromélgie, I, 76.
 Esthésiomètre (thermo), I, 77.
 Evolution de l'organisme et maladie ; pathologie générale évolutive, II, 438.
 Expertise mentale et justice militaire, I, 54.
 Expertise psychiatrique et experts qualifiés, II, 289.
 Flaubert Gustave ; son affection cérébrale, II, 174.
 Folie intermittente ; — périodes intercalaires, II, 43.
 — anaphylaxie et déséquilibre du système nerveux organo-végétatif, I, 372.
 Frontaux (lobes) ; fonctions, II, 366.
 Gardénal ; éruptions cutanées, I, 47, 48 ; — ses dangers, I, 377. — Voir Epilepsie.

Glossolalie. — Voir langage automatique.

Guerre (pathologie de) :

— séquelles psychiques, II, 79.
 — troubles mentaux post-com-motionnels, I, 451.
 — centre psychiatrique de la XVIII^e région, II, 87.
 — crâne (fracture), mélancolie consécutive, II, 71.
 — Pavillon H ; centre psychiatrique, I, 370.
 — P. G. et la guerre, I, 375.
 Voir : statistiques.
 Gynécologie médicale, II, 434.

Hallucinations :

— étude expérimentale de leur mécanisme, II, 454.
 — leur psychopathogénie ; hallucinations gigantesques et lilliputiennes, I, 442.
 — hallucinations lilliputiennes, I, 258 ; II, 467.
 — polymorphisme hallucinatoire, II, 415.

Hérédité psychologique ; problèmes généraux, I, 171.

Herpès et encéphalitique épidémique, II, 154.

Histoire ; psychologie de l'histoire de l'ancienne Egypte, I, 472.

Hygiène mentale : Congrès 1922, I, 276 ; II, 181 ; — Hygiène mentale et projet Grinda, I, 298. — Voir : prophylaxie.

— service libre de Ste-Anne ; fonctionnement, I, 338.

— et réflexe conditionnel, I, 376.

Hygiène du système nerveux, II, 176.

Hygiène et régimes (traités), I, 368.

Hypophysaire (syndrome) ; réunion neurologique, 1922, II, 179.

Ictus ; traitement des ictus de la P. G. par l'adrénaline, I, 60.

Infantile (psychopathologie) ; retard simple généralisé ou électif des fonctions nerveuses ou mentales, II, 374.

Infections (traité), I, 363, 364.

Institut de psychologie ; programme 1923, II, 375.

Interprétation filiale (délire d'), II, 175.

Intoxication mortelle par ingestion de salicylate de méthyle, I, 159.

Intoxications, carence, agents physiques, trauma (traité de pathologie), II, 431.

Inversion sexuelle et délire systématisé, II, 128.

Ironie et raillerie, I, 65 ; II, 46.

Laboratoire de pathologie nerveuse et mentale, Londres, II, 455.

Langage automatique ; glosso-lalie, II, 331.

Législation. Réforme de la loi de 1838. Inspection, I, 390. Projet Grinda et hygiène mentale, I, 298.

Liberté (aliénés en), I, 385.

Lilliputiennes (hallucinations), I, 258, 442 ; II, 167.

Liquide céphalo-rachidien, globulose et réactions colloïdales dans le diagnostic de la parasyphilis, I, 71.

Manie :

— onirisme et syndrome maniaque, II, 343.

— traitement préventif, II, 277.

— Voir : folie intermittente. Maniérisme, II, 47 ; et D. P., I, 373.

Médecins d'asiles : suppression de l'adjuvat ; décret du 3 janvier 1922, I, 5 ; décret du 26 décembre 1922, II.

— association mutuelle ; assemblée générale 1921, I, 85.

— promotions, nominations, I, 274 ; II, 462. — Voir : concours et nécrologie.

Médecine légale : voir : aliénés ; amnésie, auto-accusation, criminologie, délinquance, encéphalite, expertise, guerre, intoxication ; législation, mélancolie, paralysie générale, pensions, secret professionnel, simulation, subjugation, suicide, vol.

— (précis de), II, 435.

Mélancolie :

— consécutive à une fracture du crâne, II, 74.

— consécutive à une désertion, II, 233.

— traitement préventif des accès, II, 277.

— de longue durée, II, 444.

— hypertension artérielle ; opothérapie surrénale, I, 49.

— Voir : folie intermittente.

Microglie ; histogénèse, I, 76.

Militaire : voir délinquance, guerre, mélancolie, pensions, statistique.

Morphinomanie, I, 453.

Nécrologie : Garnier, I, 382 ; Huot, I, 381.

— Juquelier, I, 83 ; — Marro, I, 275 ; — Dericq, Boidard, Ducuing, II, 283 ; — Conso, Julio de Mattos, II, 377 ; — Vigouroux, II, 379.

Neurologiques :

— études, II, 369 ; (traité), I, 366.

— questions d'actualité, II, 370.

Nutrition (maladies de la) (traité), II, 432.

Nystagmus : physiologique, I, 75.

— congénital, I, 75.

Obsession :

— avec anxiété paroxystique ; délire de doute métaphysique, II, 62.

— étude psycho-analytique, II, 457.

— musicale nocturne, I, 79.

Onirisme et syndrome maniaque, II, 343.

— délire onirique et état obsédant post-onirique chez un syphilitique, II, 404. — Voir : rêve.

Ophthalmologie, otologie (traité), I, 363.

Opothérapie surréale dans la mélancolie avec hypotension artérielle, I, 49.

Organisation de la matière dans ses rapports avec la vie ; anatomie générale du tissu conjonctif et du nerf, II, 364.

Paludisme et hallucinations lilliputiennes, II, 167.

Paralyse générale :

— précurseurs de Bayle, II, 12.

— la P. G. après Bayle, II, 15.

— étiologie, pathogénie, II, 18.

— anatomie pathologique, II, 21.

— étude clinique et médico-légale, II, 26.

— traitement et assistance, II, 33.

— le syndrome paralytique, I, 106 ; syndrome paralytique chez les syphilitiques en dehors de la P. G., I, 374.

— forme cérébelleuse, II, 30.

— sans méningite, II, 24.

— et fièvre, II, 31.

— rémissions ; étude clinique et humorale, I, 247, 320.

— infantile, I, 421.

— réaction de Herxheimer, I, 78.

— et la guerre, I, 375.

— traitement par inoculations microbiennes, II, 279 ; II, 456.

— traitement des ictus par l'adrénaline, I, 60.

— traitement spécifique, I, 239.

Paratrophie ; disproportion entre les moitiés supérieure et inférieure du corps, II, 278.

Parkinson ; nouveau symptôme, I, 75. — Voir : encéphalite.

Peudaison et amnésie, I, 378.

Pensions militaires :

— conséquences du principe de la présomption d'origine, I, 133.

— soins gratuits aux aliénés ex-militaires, I, 94.

Personnalité humaine ; son analyse, II, 445.

Pression artérielle : voir tension.

Prophylaxie mentale :

— chez les membres de l'enseignement, I, 271.

— dispensaire, II, 376.

Psychiatrie et pathologie générale, I, 144.

Psychiatrie (traité), I, 165.

Psycho-analyse :

— technique, I, 176.

— introduction à la, I, 173.

Psycho-diagnostic par la phrénoscopie, II, 140.

Psychologie de la médecine, I, 176.

Psychologie des rapports et relations, II, 451.

Psycho-moteurs (troubles), II, 277.

Psycho-névroses ; traitement, I, 471.

Psychose dégénérative aiguë, II, 100.

Psychothérapie ; tendances actuelles, I, 81.

Puérilité et puérilisme, II, 160.

Radiologie, radiumthérapie (traité), II, 169.

Raillerie et ironie, I, 65 ; II, 46.

Réflexe pilo-moteur, II, 369.

- Réflexe conditionnel et hygiène mentale, I, 376.
- Régime des aliénés ; étude historique, II, 118.
- Reins, organes génito-urinaires (traité), II, 434.
- Relâchement musculaire et thérapeutique de l'hyperémotivité, II, 443.
- Respiratoire (appareil), traité de pathologie, I, 367.
- Rêve vrai par épuisement aigu, I, 376.
- Retraites du personnel subalterne des asiles d'aliénés, II.
- Rigidité musculaire et agitation motrice ; anatomie pathologique, II, 264.
- Rousseau J.-J. Influence de son état psychopathique dans la genèse de ses théories, I, 13.
- Salicylate de méthyle ; (intoxication par le), I, 159.
- Salicylé (délire), I, 164.
- Sang, organes hématopoiétiques, rate, os (traité), II, 433.
- Secret professionnel et service psychiatrique ouvert, II, 422.
- Sélection sociale ; conceptions allemandes de Hoche et Binding, II, 206.
- Social (rôle) de la psychiatrie, I, 142.
- Société clinique de médecine mentale, I, 83, 178, 268, 379, 473 ; II, 90, 177, 280, 459.
- Société médico-psychologique :
— Bureau 1922, I, 35.
— Séances : déc. 21, I, 35 ; janvier 1922, I, 141 ; février, I, 245 ; mars, I, 335 ; avril, I, 435 ; mai, II, 38 ; juin, II, 137 ; juillet, II, 241 ; octobre, II, 330 ; novembre, II, 401.
- Membres ; liste générale, I, 279.
- Membres titulaires : Claude, I, 333 ; Conso et Raynier, I, 147.
— correspondants : Abadie, II, 40 ; Brousseau, I, 148 ; Guiraud, II, 402 ; Eissen, II, 138 ; Kahn, I, 36 ; Raviart, II, 38 ; Robert, II, 138.
- associés étrangers : Flournoy, II, 403 ; Gordon, II, 42 ; Hædemakers, I, 37 ; Ley, II, 41.
- Simulation chez un dégénéré inculpé de vol, I, 326.
- Société suisse de psychiatrie, II, 96.
— Prix 1922, I, 150.
— Prix Aubanel, II, 43.
— Prix Moreau de Tours, II, 46.
— Prix Belhomme, II, 48.
— Prix 1923, II, 376.
- Somnifère ; cure sédative en psychiatrie, II, 443.
- Statistique des aliénés militaires traités à l'asile de Limoux, II, 133.
— à l'asile de Marseille, I, 375.
- Subjugation consciente dans l'accomplissement de délits ou crimes, II, 225.
- Suicide et encéphalite épidémique, I, 251.
- Suicide par ingestion de salicylate de méthyle, I, 159.
- Symbolisme dans les psychoses systématiques, I, 429.
- Sympathique et systèmes associés, II, 171.
- Syphilis :
— latente du névraxe, conjugale et réaction du benjoin colloïdal, I, 72.
— globulinoses et réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien, I, 71.
— et affections mentales, II, 453.
— psychopathie syphilitique et état obsédant hallucinatoire, II, 404 ; (traité), I, 366 ; voir : paralysie générale.
- Tabès ; forme ataxique suraiguë, I, 72.

Tension artérielle :
 — états dépressifs avec hypotension, I, 49 ; II, 83.
 Tests Binet-Simon (application de la méthode en Amérique), II, 393.
 Tétanos tardif (pseudo), encéphalite épidémique, II, 264.
 Thérapeutique (traité), II, 170.
 Thrombose de l'artère carotide et troubles mentaux, II, 175.
 Toxique (péril) ; défense sociale, II, 452.
 Traitement de la folie (vues de Laënnec), II, 276.
 Tuberculose pulmonaire ; — guérison clinique et immunisation, II, 365 ; — (traité), I, 361, 362.

Tumeurs : voir acoustique et cerveau.

Typhus exanthématique ; troubles psychiques, I, 469.

Urémie simulant l'encéphalite myoclonique, I, 73.

Vagotonique (état) et syndrome obsédant post-onirique, II, 418.

Vol au cours d'un prodrome psychopathique de l'encéphalite épidémique, I, 78.

Wassermann (réaction de), I, 81.

Wilson (maladie de), II, 172.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS ⁽¹⁾

Abadie, II, 274.
 Abély, II, 43.
 Abrami, I, 363.
 Achard, II, 431, 432.
 Adam, II, 273.
 Agasse-Lafont, II, 433.
 Alaize, I, 375.
 Ameuille, I, 362, 363, 364.
 Andrieux, I, 73.
 Anglade, I, 352 ; II, 24, 30, 36, 264.
 Antheaume, I, 349, 354 ; II, 162, 182, 271, 346, 425, 428.
 Apert, II, 433.
 Appleton, II, 436.

Argañaraz, I, 75.
 Armand-Delille, I, 364, 367.
 Arnaud, I, 346 ; II, 15, 70, 249, 256, 419.
 Aubry, II, 32.
 Aygnac, I, 364.
 Babonneix, I, 369 ; II, 370.
 Mlle Badonnel, I, 159, 217, 320.
 Bailliart, I, 363.
 Balthazard, II, 431.
 Barbé, I, 120.
 Baruk, II, 272.
 Baur, I, 364.
 Beaudoin, II, 418.

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société médico-psychologique. Les chiffres en italiques se rapportent à des matières connexes contenues dans les articles originaux ou communications.

- Beaussart, I, 408 ; II, 264.
 Bêclère, II, 167.
 Béhague, II, 36, 370.
 Belarmino-Rodriguez, II, 31, 35.
 Bellin, I, 362, 367.
 Benon, II, 233.
 Bensaude, I, 365.
 Bermann, I, 80.
 Bertier, I, 361, 362.
 Bezançon, II, 433.
 Bianchi, II, 366.
 Blanc-Perducet, II, 432.
 Boidin, I, 364.
 Boisseau, II, 433.
 Boll, II, 445.
 Bonhomme J., II, 140.
 Mlle Bonnaud, I, 73.
 Borel, II, 62.
 Botreau-Roussel, I, 364.
 Bourgeois, I, 363.
 Bourguignon, II, 370.
 Bourilhet, I, 371.
 Bouttier, II, 30, 370.
 Brault, II, 434.
 Briand, I, 253 ; II, 18, 61, 425.
 Brissaud, I, 365.
 Brissot, I, 371 ; II, 206.
 Brousseau, I, 148 ; II, 393.
 Buryham, I, 376.

 Calmels, II, 273.
 Carnois, II, 170.
 Carnot, II, 170.
 Caussade, I, 365.
 Charpentier R., I, 354 ; II, 26, 160, 162, 164, 246, 250, 256, 272.
 Chaslin, II, 250.
 Chatelin, I, 370 ; II, 176, 370.
 Chauffard, II, 432.
 Chauvet Stéphane, I, 369 ; II, 431.
 Chavigny, I, 78.
 Chiray, II, 431.
 Chompret, I, 365.
 Christiansen, II, 371, 373.
 Cestan, I, 72.
 Civatte, II, 433.
 Claude, I, 246 ; II, 25, 61, 62, 252, 266, 272, 370, 437.
 Codet, I, 65.

 Colin H., I, 97, 345, 359, 360, 385 ; II, 36, 37, 53, 71, 79, 151, 250, 419.
 Collin A., II, 48.
 Combemale, I, 377, 378, 471.
 Conso, I, 148.
 Cornil, II, 31.
 Cottenot, II, 167.
 Cottet, II, 434.
 Courbon, I, 493 ; II, 193, 261, 266, 268.
 Courcoux, I, 362, 367.
 Courteville, I, 377, 378.
 Covisa, I, 81.
 Crouzon, I, 370 ; II, 266, 370.
 Cruchet, II, 261.

 Dalché, II, 434.
 Damaye, II, 444.
 Darier, II, 433.
 Darré, I, 364.
 Mme Déjerine, I, 369.
 Delmas A., II, 445.
 Delmas P., II, 444.
 Delmas, II, 274.
 Demay, I, 5 ; II, 289.
 Demole, I, 43 ; II, 31, 37, 443.
 Desfosses, II, 170.
 Dide, I, 165.
 Dignet, I, 239.
 Dopter, I, 73, 364.
 Du Castel, II, 433.
 Ducosté, I, 45, 60.
 Dupain, II, 162.
 Dupouy R., I, 449, 453 ; II, 225, 242, 422.
 Durand G., I, 365.
 Esmein, I, 364.

 Favre, II, 433.
 Fernet, I, 366.
 Ferrand, II, 433.
 Fillassier, II, 5.
 Flandin, II, 431.
 Flurin, I, 367.
 Foix, I, 369 ; II, 370.
 Fol, I, 73.
 Fournier, I, 366.
 François, II, 431.
 Frank, I, 469.

- Freud, I, 173.
 Froment, I, 369.
 Gastinel, I, 364.
 Gauckler, I, 369.

 Gay, I, 429.
 Gelma, I, 78.
 Genil-Perrin, I, 338.
 Giro, II, 30.
 Gommès, II, 277.
 Gouzien, I, 363.
 Grenet, I, 362, 364.
 Griffon, I, 375.
 Grimbert, I, 361, 362 ; II, 374.
 Guillain, I, 72, 369 ; II, 31, 32, 369, 370.
 Guillaume, II, 171.
 Guiraud, I, 164 ; II, 128.
 Gut-Walter, I, 66.
 Guy-Laroche, II, 432.

 Halberstadt, I, 244 ; II, 400.
 Hall, II, 172.
 Hallé, I, 364.
 Hamel, I, 54, 424 ; II, 32.
 Hazard, II, 433, 434.
 Heitz, I, 367.
 Hesnard, II, 261, 263, 266, 267.
 d'Heucqueville, I, 367.
 Hikary, II, 167.
 Hødemakers, I, 37.
 Hoven H., II, 453.
 Huerta, I, 74.
 Hutinel, I, 364.

 Jacquerod, II, 365.
 Jankelevitch, I, 173.
 Jouin, I, 73.
 Journiac, I, 375.
 Jousset, I, 361.

 Kahn, I, 36, 251, 348, 359 ; II, 153.
 Klippel, I, 106 ; II, 37, 438.
 Kümmer, I, 73.
 Mme Laborde, II, 167.
 Labro, I, 362.
 Lacassagne, II, 435.
 Lafora, I, 75 ; II, 457.

 Lagriffe, II, 276.
 Laignel-Lavastine, I, 369 ; II, 12, 24, 370.
 Lasseur, II, 32.
 Laudat, II, 432.
 Laurent, II, 320.
 Leconte, I, 367.
 Legrain, I, 159, 267, 298, 351, 354, 358, 390 ; II, 31, 52, 248, 256, 275, 341, 431.
 Lejary, I, 369.
 Lemaire, II, 434.
 Le Maux, I, 65 ; II, 46.
 Lemierre, I, 364.
 Lemoine, I, 368 ; II, 173.
 Lenglet, I, 364.
 Lépine, II, 20.
 Lerat, II, 86.
 Leri, II, 370.
 Leroy, I, 266, 289, 448 ; II, 31, 168.
 Le Sourd, II, 431, 433.
 Lévy P.-E., II, 276.
 Lévy-Valensi, II, 437.
 Ley, II, 33, 274.
 Lhermitte, I, 369, 370 ; II, 24, 36, 53, 71, 370.
 Lian, I, 367.
 Linossier, II, 170.
 Loeper, II, 432.
 Logre, II, 277.
 Lopez-Albo, I, 76.
 Lortat-Jacob, II, 170.
 Louste, II, 170, 434.
 Mlle Lowden, II, 393.

 Madinaveitia, I, 71.
 Maere, II, 37.
 Mallein, II, 433.
 Mallet, I, 370.
 Maranon, I, 67.
 Marcaudier, I, 364.
 Marchand, I, 39, 436 ; II, 31, 419.
 Marchou, I, 364.
 Marie A., II, 21, 25, 35.
 Marie P., I, 369 ; II, 370.
 Marinesco, I, 74.
 Marro Giovanni, I, 376, 472.
 Martel, I, 364.
 de Martel, I, 370.

- Martimor, I, 60.
 Martin Et., II, 435.
 Martinet, II, 169.
 Mathieu, II, 30.
 Meige, II, 278.
 Mercier, I, 73.
 Merland, I, 421.
 Michel P., II, 432.
 Michon, I, 362 ; II, 434.
 Mignard, I, 265, 442 ; II, 61, 97, 152, 163, 257, 339.
 Milhit, I, 364.
 Mitchell, I, 176.
 Molin de Teyssieu, II, 87, 262, 273.
 Mott, II, 455.
 Mouriquand, II, 431, 432.
 Mourlon, II, 53.
 Moutier, I, 365.
 Nadal, I, 363.

 Nageotte, II, 364.
 Naudascher, I, 49 ; II, 83.
 Netter, I, 72.
 Neveu-Lemaire, I, 363.
 Nicolet R., II, 443.
 Niel, II, 174.

 d'Oelsnitz, II, 170.
 Oury, II, 175.

 Pactet, I, 140 ; II, 48.
 Pagniez, II, 433.
 Paillard, I, 364.
 Paisseau, I, 363 ; II, 175.
 Parant, I, 433, 374 ; II, 15, 343.
 Mlle Pascal, II, 320.
 Pautrier, II, 433.
 Petit G., I, 77, 470 ; II, 258.
 Mlle Pezé, II, 404.
 Philibert, I, 364.
 Philippon, I, 364.
 Piéron, II, 420.
 Piltz, II, 152.
 Pineda, I, 81.
 Poulard, I, 363 ; II, 370.
 Prince, I, 326.
 Poyer, I, 171.
 Prince-Morton, II, 454.

 Prozoroff, I, 467.
 Pruvost, I, 362 ; II, 170.

 Quentin, II, 273.
 Quercy, I, 239 ; II, 331.

 Raeder O.-J., II, 393.
 Raffegau, I, 44, 48.
 Ramond, I, 363.
 Rathery, I, 368.
 Raviart, I, 354, 359.
 Rayneau, I, 346.
 Raynier, I, 148, 355 ; II, 448, 246.
 Reboul-Lachaux, I, 373 ; II, 47.
 Regnard, I, 369.
 Rehn, I, 364.
 Requin, II, 48.
 Revault d'Allonnes, I, 450.
 Ribadeau-Dumas, I, 361, 362.
 Ribon, I, 79.
 del Rio Hortega, I, 76.
 Riser, I, 72, 429 ; II, 263, 276.
 Robin A., II, 434.
 Robin G., I, 451, 247, 320 ; II, 31, 71.
 Rodriguez Arias, I, 76.
 Roger E., I, 239.
 Roger H., I, 364.
 Rogues de Fursac, I, 46, 256.
 Rostaine, II, 433.
 Roubinovitch, I, 48, 49, 54, 251, 441.
 Rougé C., II, 433.
 Roussy, I, 370 ; II, 370.
 Roux, I, 361, 365.
 Sabourin, I, 361.

 Salomon, I, 258.
 Sanchis-Banus, II, 25, 175.
 Santenoise, I, 372 ; II, 277.
 Santos Nova, I, 75, 76.
 Sainton, II, 370, 433.
 Schnyder, I, 81.
 Séglas, II, 250.
 Segura, I, 74.
 Sélosse, I, 378, 471.
 Semelaigne, II, 13, 242.
 Sergeant, I, 361, 362, 367.
 Sicard, I, 369 ; II, 20, 35, 36, 370.

- Sierra, I, 70, 77, 80, 174.
 Sieur, I, 363.
 Simon, II, 250, 348.
 Simon Cl., II, 433.
 Smith E.-J., I, 176.
 Sollier, I, 464.
 Sorel, I, 429.
 Souques, I, 370 ; II, 370.
 Spéroni, I, 78.
 Spillmann, II, 32.
 Stephanopoli, II, 140.
 Stillmunkers, I, 72.
 Strasser V., II, 451.
- Targowla, I, 217, 320, 338 ; II, 30, 31, 404.
 Thevenot, I, 364.
 Tinel, I, 369.
 Thomas, I, 369 ; II, 369.
 Tobolowska, II, 48.
 Toulouse, I, 49, 144, 257, 338, 436 ; II, 30, 61, 151, 254, 257, 358, 421, 427, 430.
 Trémolières, I, 365.
- Troisier, I, 363.
 Truelle, I, 359, 452 ; II, 33, 52, 60, 258, 275.
 Tzanck, II, 433.
- Vallon, I, 449 ; II, 18, 426, 428.
 Vaquez, I, 367.
 Vénot, II, 170.
 Verger, II, 263, 265.
 Vervaeck, II, 452.
 Vincent, I, 370.
 Vinchon, II, 42, 262.
 Violle, I, 364, 365.
 Vittoz, I, 471.
 Vivès, II, 21.
 Voisin R., I, 369, 370.
 Voivenel, II, 262, 263, 276.
 Vullien, I, 377, 378, 471.
 Vurpas, II, 370.
- Wagner von Jaureg, II, 279, 456.
 Weill, II, 432.
 Weill C.-A., I, 364, 370.
 Wilson, II, 370.
 Wimmer, II, 21, 300.